



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 11/12/11	4-Data de Autorização 10/05/10 11/12/11	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172502	7-Código Verificador da Guia 10/05/10 14/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

447654
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 15/10/05 06/01/17 76/00/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome GISELE FERREIRA DA GAMA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano GISELE FERREIRA DA GAMA
16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	18-UF SP
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311939238854	20-Nome do Contratado Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	21-UF SP
22-Nome do Profissional Especialista JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 114176	24-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Indice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Med	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5				3 4	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0	0 0 0 0			10/05/10 11/12/11	

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Endodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 1178,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/10 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/05/10 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11		