

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

430943 INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 12:01		4-Data de Autorização 10/2/11 12:01		5-Senha AUTORIZADO 8103336		6-Número da Guia Principal 12/8/10 12/11	
7-Data Validade da Senha 12/8/10 12/11		11-Data Validade da Carteira		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		15-Nome do titular do plano CELIA CRISTINA DE ABREU FERREIRA		14-Telefone	
8-Número da Carteira 0101201215101510610119120191011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome CELIA CRISTINA DE ABREU FERREIRA		16-Aliamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108115121919161610		22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 112913		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112913		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Franquia/Co-participação R\$	

31-Código do Procedimento 101018151410131816		32-Descrição PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL		33-Dente/Região		34-Face		35-Clid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
43-Data Previsto Término do Tratamento 28/12/10		44-Tipo de Aliamento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Tipo de Faturamento		49-Tipo de Faturamento		50-Tipo de Faturamento		51-Tipo de Faturamento		52-Tipo de Faturamento		53-Tipo de Faturamento	

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável		56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável		58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável		60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável		62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável		64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--