



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



339996
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 17/12/10	4-Data de Autorização 11/07/10 17/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708565	7-Data Validade da Seria 11/03/11 01/12/10
---------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Cadastro 1010202530625000012601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO ENGENHARIA DO	11-Data Validade de Cadastro 11/01/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MONICA DA CUNHA SILVA	04/11/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MONICA DA CUNHA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 174225251611	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CIES	
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI		27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000294			1	222,00	0,00			11/07/10		
2-0	0	81000405			1	78,00	0,00			11/07/10		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/07/10	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---------------------	--------------	-----------------------	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/07/10
---	---	---	--

ODONTODOC, RUA...
TOMOGRAFIA DDC, ORTODONTIA LTDA