

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372736
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/09 12:01	4-Data de Autorização 11/21/09 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7659020	7-Data Validade da Sentença 10/09/11 12:01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020252049450001502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS	11-Data Validade da Carteira 11/01/09 12:01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde CONCI 1101
13-Nome ROSANI DA SILVA LOPES	02/05/1981		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MANOEL RAIMUNDO MIRANDA GOMES

16-Atendimento a RV ALESSANDRA BRITO LOBATO	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 338914813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S	

GUIA
ENVIADA
01/10/20

30-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 10 0	0 0 0 0		S 1 2 1 2 1 2 1 2	20 20 20 20 20 20 20 20		Rosani
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 10 0	0 0 0 0		S 1 2 1 2 1 2 1 2	20 20 20 20 20 20 20 20		Rosani
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 10 0	0 0 0 0		S 1 2 1 2 1 2 1 2	20 20 20 20 20 20 20 20		Rosani
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 10 0	0 0 0 0		S 1 2 1 2 1 2 1 2	20 20 20 20 20 20 20 20		Rosani
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dala Provasdo Termino do Tratamento				44-Tipo de Atendimento	
				1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento				46-Total Quantidadae US	
1-Total 2-Parcela				1 4 0 10 0	
47-Valor Total R\$				0 0 0 0	
48-Valor Franquia / Co-participação R\$					

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/09 12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista () () () () () ()	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/09 12:01	53-Data, local e Carimbo da Empresa () () () () () ()
---	--	---	--