

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



402615
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/11 01/2101 4-Data de Autorização 12/2/11 01/2101 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7986353 7-Data Validade da Guia 12/01/11 01/2111

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 01002025319007000001010121 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/01/11 01/2111 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANE STAHL 27/09/1980 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALEX SANDRO DE OLIVEIRA BORGES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA 18-Número no CNO 19924 19-UF RS 20-Código CBO S 04 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181141112435871 22-Nome do Contratado Escutante FLAVIA VILLELA LAURINDO 23-Número no CNO 19924 24-UF RS 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Escutante FLAVIA VILLELA LAURINDO 27-Número no CNO 19924 28-UF RS 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Número da Guia	42- Assinatura
1-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,00	0,00	1	12/3/11	01010101	01010101
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	3,6	10,00	0,00	1	12/3/11	01010101	01010101
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,00	0,00	1	12/3/11	01010101	01010101
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,00	0,00	1	12/3/11	01010101	01010101
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Fim do Tratamento 12/3/11 01/2101 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11 01/2101 Dra. Flávia Villela 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 01/2101 X Flávia Villela 52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/3/11 01/2101 53-Data, local e Carimbo da Empresa