

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Senha AUTORIZADO 10/08/1951 6-Número da Guia Principal 7977507 7-Data Validade da Senha 11/01/11

400323
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012012513013010510101010101010 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANGELA REGINA MOREIRA NICOLAU 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANGELA REGINA MOREIRA NICOLAU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIANE PIPLOVIC 18-Número no CRO 85480 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante VIVIANE PIPLOVIC 23-Número no CRO 85480 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante VIVIANE PIPLOVIC 27-Número no CRO 85480 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Data 31-Código do Procedimento 32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO 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 Guisa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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 Guisa	42-Assinatura
1-0	0185200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27	1	15	3,30	0,00	0,00	S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 Quantidade US 533,30 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

Dra. Viviana Piplovic
Cirurgia Dentista
CRC-85480

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