

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

421393
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/10		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8063306		7-Data Validade da Sineta 11/11/11 11/12/11	
8-Número da Carteira 00020253115870000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MIRIAN PEREIRA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MIRIAN PEREIRA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	
21-Código na Operadora / CNP / CPF 04188248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES 09	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Quantidade US	
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
36-Franquia/Co-participação R\$		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data da Realização	
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		43-Valor Total R\$		44-Valor Total R\$		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11 11/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/10

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/10

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/10

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/10

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/10