



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



432487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 12:10	4-Data de Autorização 10/18/11 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109763	7-Data Validade da Senha 10/12/11 03/12/11
8-Autorização da Carteira 0/0/2/0/2/5/3/0/8/6/9/1/0/0/0/0/0/1/0/4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JESSICA LAMEIRA DE SALES	14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 03/11/1996	15-Nome do titular do plano LUCIA DE FÁTIMA LAMEIRA	16-Número no CNO 31802	17-UF RJ	18-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
19-Endereço a RN DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	20-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	21-Código na Operadora / CNU / CPE 18124361274720	22-Número no CNO 31802	23-UF RJ	24-Código CBO S
25-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	26-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	27-Número no CNO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S	
30-Índice 1-0/0/8/2/0/0/0/8/7/5	31-Código do Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente Região 18	34-Face 1	35-Old 1
2-0/0/8/2/0/0/0/8/7/5	31-Código do Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente Região 28	34-Face 1	35-Old 1
3-0/0/8/2/0/0/0/8/7/5	31-Código do Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente Região 38	34-Face 1	35-Old 1
4-0/0/8/2/0/0/0/8/7/5	31-Código do Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente Região 48	34-Face 1	35-Old 1
5-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
6-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
7-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
8-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
9-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
10-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
11-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
12-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
13-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
14-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
15-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old
43-Data Supranta Término do Tratamento 02/11/11 21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1292,10	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
49-Observação	50-Data e Assinatura do Operador / Dentista Solicitante 08/11/11 21	51-Data e Assinatura do Operador / Dentista 08/11/11 21	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/11 21	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 08/11/11 21	54-Data, Local e Carimbo da Empresa 08/11/11 21