



Requisição para Guia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



338049
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/11/10/12/10

6-Número da Guia Principal
7699398

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/8/10/17/12/10

3-Data de Emissão da Guia
11/3/10/17/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10101201252721207000000004011

11-Data Validade da Carteira
11/11/10/12/10

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
ROSENILDE BRITTO DA FRANCA

14-Teléfono
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ROSENILDE BRITTO DA FRANCA

16-Data de Nascimento
16/06/1991

17-Nome do Profissional Solicitante
IRANI XAVIER DE SOUZA

18-Número no CRO
9636

19-UF
DF

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
381186039104

22-Nome do Contratado Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

23-Número no CRO
9636

24-UF
DF

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

27-Número no CRO
9636

28-UF
DF

29-Código CBO S

30-Planilha de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento
1010182000859

32-Descrição
EXODONTIA DE RAIZ

33-Dente/Região
14

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
731010

37-Valor
01010

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
S

40-Data de Realização
8/10/12/10

41-Motivo da Guia 42-Assinatura
Resenilde

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/10/12/10

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
731010

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/8/10/17/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
11/8/10/17/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/8/10/17/12/10

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/8/10/17/12/10

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/17/12/10