



Tratador para você sorrir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



399394  
INTERCAMBIO

|                           |                                        |                                    |                        |                                       |                                      |
|---------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro AINS<br>406414 | 3-Dia de Emissão da Guia<br>19/11/2012 | 4-Dia de Autorização<br>12/01/2012 | 5-Semana<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7972304 | 7-Dia Validade da Guia<br>17/01/2012 |
|---------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                                           |                                |                                      |                                         |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Dados do Beneficiário<br>R-Número da Carteira<br>0020202515977100000103 | 9-Piano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Dia Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                        |            |                                                      |                                                 |                                                         |                           |                 |                                   |
|--------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 13-Nome<br>SOFIA NAZARIO HUERO                         | 22/05/2013 | 14-Telefone<br>(11) 324713794                        | 15-Nome do titular do plano<br>PATRICIA NAZARIO |                                                         |                           |                 |                                   |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento        |            | 16-Atendimento a RN<br>BARBARA STACHERA              |                                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>BARBARA STACHERA | 18-Número no CNO<br>30197 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 -          |
| 21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)<br>06540136919     |            | 22-Nome do Contratado Executante<br>BARBARA STACHERA |                                                 | 23-Número no CNO<br>30197                               |                           | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>BARBARA STACHERA |            | 27-Número no CNO<br>30197                            |                                                 | 28-UF<br>PR                                             |                           | 29-Código CBO S |                                   |

| 30-1-Label | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição               | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cód | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Moeda da Guia | 42-Assinatura |
|------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|------------------|---------------|
| 1-00       | 181000030                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA      | 1               | 1       | 34     | 0,00             | 0,00     | 1161                            | 3101   | 20                   |                  |               |
| 2-00       | 82000859                  | EXODONTIA DE RAIZ          | 1               | 1       | 73     | 0,00             | 0,00     | 261                             | 3101   | 20                   |                  |               |
| 3-00       | 82000859                  | EXODONTIA DE RAIZ          | 1               | 1       | 73     | 0,00             | 0,00     | 131                             | 3101   | 20                   |                  |               |
| 4-00       | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA         | 0               | 1       | 161    | 0,00             | 0,00     | 61                              | 3101   | 20                   |                  |               |
| 5-00       | 84000112                  | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ | 1               | 1       | 76     | 0,00             | 0,00     | 101                             | 3101   | 20                   |                  |               |
| 6-1        |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 7-1        |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 8-1        |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 9-1        |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 10-1       |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 11-1       |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 12-1       |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 13-1       |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 14-1       |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 15-1       |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |

|                          |                                                                                                            |                                           |                                  |                            |                                       |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 43-Dia Fim do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Pagamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>317,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia Co-participação R\$ |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|

|               |                                                                           |                                                               |                                                                       |                                                 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>13/11/2012 | 51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/11/2012 | 52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/11/2012 | 53-Dia local e Carimbo da Empresa<br>13/11/2012 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|