

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

374089
INTERCÂMBIO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/09 12:01		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7865359		7-Data Validade da Sentença 10/11/12 12:01		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 001202531648200000101031		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		14-Telefone		15-Nome do titular do plano MARIA MAURICELIA DA SILVA	
13-Nome DAVID PRESLEY SILVA BARBOSA		17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 112913		19-UF SP		20-Código CBO S		25-Código CNES	
16-Atendimento a RN N		22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 112913		24-UF SP		26-Código CBO S		29-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081152999166011		27-Número no CRO 112913		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0018100100301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		1		1	
2-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
3-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
4-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
5-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
6-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
7-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
8-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
9-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
10-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
11-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
12-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
13-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
14-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
15-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
16-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
17-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
18-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
19-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
20-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
21-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
22-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
23-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
24-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
25-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
26-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
27-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
28-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
29-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
30-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
31-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
32-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
33-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
34-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
35-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
36-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
37-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
38-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
39-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
40-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
41-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
42-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
43-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
44-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
45-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
46-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
47-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
48-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
49-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
50-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
51-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
52-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
53-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
54-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
55-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
56-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
57-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
58-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
59-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
60-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
61-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
62-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
63-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
64-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
65-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
66-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
67-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
68-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
69-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
70-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
71-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
72-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
73-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
74-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
75-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
76-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
77-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
78-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
79-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
80-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
81-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
82-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
83-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
84-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
85-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
86-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
87-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
88-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
89-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
90-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
91-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
92-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
93-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
94-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
95-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
96-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
97-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
98-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
99-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	
100-0018140001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		1		1		1	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/2013		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 117400		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		51-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/foram 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.		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-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/foram 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.		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/foram 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 Beneficiário / Responsável		56-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/foram 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.		57-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/foram 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.		58-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/foram 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.		59-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/foram 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.		60-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/foram 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.	