



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



767981
INTERCÂMBIO

Reguladora para você usar

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9252682	7-Data Validada da Guia 02/10/21
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
9-Número da Carteira 00202521185600003403			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome DAVI DINIZ CAMILO DA SILVA			14-Telefone (31) 2515212615		
15-Data Validada da Carteira			11-Data Validada da Carteira		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			15-Nome do titular do plano LEONARDO CAMILO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Ancionamento a R\$ N		17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 44352	
19-UF MG		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0479851919642		22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352	
24-UF MG		25-Código CHES		26-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Atividade 1-008100065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 3,4,0,0
30-2-Atividade 2-0084000198	32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 3,5,0,0
30-3-Atividade 3-0084000198	32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 3,5,0,0
30-4-Atividade 4-0084000198	32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 3,5,0,0
30-5-Atividade 5-0084000198	32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 3,5,0,0
30-6-Atividade 6-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-7-Atividade 7-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-8-Atividade 8-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-9-Atividade 9-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-10-Atividade 10-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-11-Atividade 11-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-12-Atividade 12-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-13-Atividade 13-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-14-Atividade 14-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
30-15-Atividade 15-000000000	32-Descrição	33-Dentista/Rajado 1	34-Cidade 1	35-Cidade 1	36-Quantidade US 0,0,0,0
43-Data Prevista Término do Tratamento 18/11/21					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total US 174,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Total Franquia / Co-participação R\$					
50-Data, local e Assinatura do Beneficiário (ou responsável)					
51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (ou responsável)					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					