

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

425688  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha  
2 1 1 0 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal  
8081262

5-Semha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 3 0 1 1 1 1 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia  
1 2 3 1 1 1 1 1 2 0 1

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

13-Nome

14-Telefone

15-Data Validade da Carteira

16-Número do Cartão Nacional de Saúde

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Data Validade da Semha

19-Data Validade da Carteira

20-Código CBO S

21-Código CNES

22-Código CBO S

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CBO S

26-Código CBO S

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável