

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N-



1- Registro ANS	3- Data de Emissão da Guia	4- Data de Autorização	5- Sentença	6- Número da Guia Principal	7- Data Vencida da Semana
406414	12/7/10/20	12/7/10/20	AUTORIZADO	8001216	12/5/01/21

406254
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 1 2 0 1 2 5 3 0 5 9 3 6 0 0 0 0 0 1 0 4
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data de Vencimento da Carteira	11/11/11
12-Número do Cadastro Nacional de Saúde	
13-Nome	MOISES BUENO
14-Tombada	() -
15-Nome do Titular do plano	IVONE CORDEIRO
16-Data de Nascimento	09/12/2001

Indica do Certificado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA		18- Número no CNO 30197		19-UF PR		20-Código CAO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 5 4 0 1 3 6 9 1 9		22- Nome do Contratado Emissante BARBARA STACHERA		23- Número no CNO 30197		24-UF PR		25- Código CIES Enviar - RX (1) 85100200	
26- Nome do Profissional Emissante BARBARA STACHERA		27- Número no CNO 30197		28-UF PR		29- Código CAO S (1) 85100200			

Formulário de Tratamento / Procedimentos Odontológicos												
30-1 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Denúncia Regiço	34 Fone	35 CID	36 Quantidade US	37 Valor	38 Fracção/Co-participação R\$	39 Aut	40 Data de Realização	41 Médico da Clínica	42 Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
9-0	0	8 1 0 0 0 3 0										
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-1 Tipo de Atendimento

☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência

44- Tipo de Atendimento

☐ 1- Total 2- Parcial

45- Tipo de Atendimento

☐ 1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

5 0 6 1 0 0

47- Valor Total R\$

10 0 0

48- Total Fracção / Co-participação R\$

49- Observação

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

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, local e Carimbo da Empresa