

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 29/10/2014 4-Data de Autenticação 30/10/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8536814 7-Data Validação da Senha 12/11/2017 537728 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025338272000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

PABLO LOUVERCI RIBEIRO GALVAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104632748650 22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS

25-Nome do Profissional Executante

DJAMARA RIOS SANTOS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Clima	42-Assinatura
1-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	30/10/2014				
2-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	30/10/2014				
3-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	30/10/2014				
4-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	30/10/2014				
5-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
6-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
7-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
8-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
9-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
10-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
11-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
12-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
13-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
14-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
15-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 140,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CROSP: 84656

Drª Diamara Rios Santos