

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



187770  
INTERCAMBIO

|                                                                         |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  |                                                                                                                                                      |  |                                                                         |  |                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1- Número ANS 406414                                                    |  | 3- Data de Emissão da Guia 10/09/10 |  | 4- Data de Autocópia 15/12/14 |  | 5- Assinatura AGUARDANDO TOKEN DO |  | 6- Número da Guia Principal 12488542 |  | 7- Data Validade da Guia 10/17/10 |  | 8- Data Validade da Guia 18/12/14                                                                                                                    |  |                                                                         |  |                                             |  |
| 13- Nome FRANCISCO VICTOR CARVALHO SILVA                                |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 14- Empresa VANESSA MOREIRA DE SOUZA                                                                                                                 |  | 15- Nome do titular do plano VANESSA MOREIRA DE SOUZA                   |  |                                             |  |
| 16- Assinatura do Responsável pelo Tratamento N                         |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 17- Nome do Profissional Solicitante RENATA VERAS DE AZEVEDO                                                                                         |  | 18- Nome do Profissional Executante LEVE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA |  |                                             |  |
| 19- Código na Operadora / CNEP / CDP 131054151041101011214              |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 20- Nome da Operadora RENATA VERAS DE AZEVEDO                                                                                                        |  | 21- Número no CRO 8315                                                  |  |                                             |  |
| 22- Nome do Profissional Solicitante RENATA VERAS DE AZEVEDO            |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 23- Número no CRO 8315                                                                                                                               |  | 24- UF CE                                                               |  |                                             |  |
| 25- Nome do Profissional Executante LEVE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 26- Número no CRO 8315                                                                                                                               |  | 27- UF CE                                                               |  |                                             |  |
| 28- Nome da Empresa Faturar Empresa                                     |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 29- Número no CRO 8315                                                                                                                               |  | 30- UF CE                                                               |  |                                             |  |
| 31- Código do Procedimento 32- Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO         |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 33- Dente/Região 15                                                                                                                                  |  | 34- Fio 1                                                               |  | 35- Cód 131331010                           |  |
| 36- Quantidade US 37- Valor 0,10,10                                     |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 38- Fração/Co-participação R\$ 39- Anál 40- Data de Realização 41- Médico da Guia 42- Assinatura                                                     |  |                                                                         |  |                                             |  |
| 39- Anál 40- Data de Realização 41- Médico da Guia 42- Assinatura       |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 43- Data Previsto 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 47- Valor Total R\$ |  |
| 48- Observação                                                          |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 49- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante                                                                                       |  | 50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                      |  |                                             |  |
| 51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável              |  |                                     |  |                               |  |                                   |  |                                      |  |                                   |  | 52- Data, local e Assinatura da Empresa                                                                                                              |  | 53- Data, local e Assinatura da Empresa                                 |  |                                             |  |