



transações para você fazer

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{at}



474204
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8287820	7-Data Validade da Senha 11/01/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Numero da Carteira 000202152975870000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JOEL GIOVANI FERNANDES	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Numero do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LILIAN CRISTINE FERNANDES	01/04/2001	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOEL GIOVANI FERNANDES
--------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006540136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA
26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Numero no CRO 30197
18-Numero no CRO 30197	19-UF PR
23-Numero no CRO 30197	24-UF PR
25-Código CNES	29-Código CBO S
Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				46	V	1	1	6 1 0 0		01/02/2012
2-1	0	0 8 5 1 0 0 1 9 6				12	V	1	1	6 1 0 0		01/02/2012
3-1	0	0 8 5 1 0 0 1 9 6				11	V	1	1	6 1 0 0		01/02/2012
4-1	0	0 8 5 1 0 0 1 9 6				21	M	1	1	6 1 0 0		01/02/2012
5-1	0	0 8 5 1 0 0 1 9 6				36	O	1	1	6 1 0 0		01/02/2012
6-1	0	0 8 4 0 0 0 1 9 8				1	1	1	1	3 5 0 0		01/03/2012
7-1	0	0 8 4 0 0 0 1 9 8				1	1	1	1	3 5 0 0		01/03/2012
8-1	0	0 8 4 0 0 0 1 9 8				1	1	1	1	3 5 0 0		01/03/2012
9-1	0	0 8 4 0 0 0 1 9 8				1	1	1	1	3 5 0 0		01/03/2012
10-1	0	0 8 1 0 0 0 3 0				1	1	1	1	3 4 0 0		01/03/2012
11-1	0	0 0 0 0 0 0 0 0										
12-1	0	0 0 0 0 0 0 0 0										
13-1	0	0 0 0 0 0 0 0 0										
14-1	0	0 0 0 0 0 0 0 0										
15-1	0	0 0 0 0 0 0 0 0										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4 7 9 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/03/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/03/2012
---	---	---	---