



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208671	7-Data Validade da Santa 24/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

428074
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00372218000172005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASBAC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706201044003563
---	--------------------------------	---------------------	--	--

13-Nome LEONARDO DOS SANTOS PINHEIRO	29/03/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano LEONARDO DOS SANTOS PINHEIRO
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES	18-Número no CRO 19918	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01828909700	22-Nome do Contratado Exatante SHIRLEY COELHO GONCALVES	23-Número no CRO 19918	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exatante
SHIRLEY COELHO GONCALVES

27-Número no CRO 19918	28-UF RJ	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	24	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
2-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	25	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
3-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	26	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
4-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	27	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
5-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	34	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
6-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	35	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
7-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	36	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
8-10	0	8.5.3.0.0.0.1.2	37	1	1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
9-10	0	8.5.4.0.0.0.2.5		1	1	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 139.00	47-Valor Total R\$ 0.00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0.00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/12 Shirley Coelho Gonçalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/12 Shirley Coelho Gonçalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---