



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2016	4-Data de Autorização 16/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7619955	7-Data Validade da Senha 10/06/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

321671
INTERCAMBIO

8-Numero da Carteira 10/02/02/530114500001103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAYSSA DA SILVA SANTOS				
14-Teléfono () - - - - -				
15-Nome do titular do plano RAMONA APARECIDA DA SILVA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Numero no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8141576537109111	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Numero no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Numero no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000030			1	34,00			S	30/07/20		Ramona
2-0	0	85300047			1	36,00			S	30/07/20		Ramona
3-0	0	85300047			1	36,00			S	30/07/20		Ramona
4-0	0	85300047			1	36,00			S	30/07/20		Ramona
5-0	0	85300047			1	36,00			S	30/07/20		Ramona
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsão 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												
178,00												
47-Valor Total R\$												
10,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	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 1178,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/07/2016 Bruna Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2016 Bruna Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Emergência / Responsável 20/07/2016 Ramona	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO/RS 26161
--	--	--	---