

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



524048
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 2- Data de Emissão da Guia 11/01/2011 3- Data de Autorização 11/01/2011 4- Autorizado AUTORIZADO 5- Número da Guia Principal 8485516 6- Data Validade da Guia 11/01/2011

7- Nome do Beneficiário OSMAR RODRIGUES DA SILVA 8- Plano POS REDE PRESTADORA 9- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 10- Telefone 11- Nome do titular do plano OSMAR RODRIGUES DA SILVA 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome OSMAR RODRIGUES DA SILVA 14- Data de Nascimento 16/10/1981 15- Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ 16- Nome do Profissional Encarregado LARA SILVA MILANEZ 17- Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ 18- Nome do Profissional Encarregado LARA SILVA MILANEZ 19- Número no CRO 137478 20- Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85.100200 21- Código no Operatório (CNPJ) / CPF 3191618161185101 22- Nome do Contratado Encarregado LARA SILVA MILANEZ 23- Número no CRO 137478 24- UF SP 25- Código CRO S 137478 26- UF SP 27- Código CRO S 137478 28- UF SP 29- Código CRO S 137478

30- Técnica	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Guia	42- Assinatura
1	01018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	8,810101	10,10101	5116101181				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento 16/01/2011 44- Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela 46- Total Quantidade US 18,810101 47- Valor Total R\$ 10,10101 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Contratado Odontolife 51- Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53- Data, local e Assinatura da Empresa Cirurgia Dentista 54- Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os v. 16/01/2011 137478