



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018 12:00	4-Data de Autorização 12/04/2018 12:00	5-Sinistra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186256	7-Data Validade da Sinistra 12/04/2018 12:00
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 000375899082985006	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003479116061	13-Data Validade da Sinistra 12/04/2018 12:00
14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARIA EDUARDA DOS REIS NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1451760381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
18-Número no CRO 8132	19-UF RJ
23-Número no CRO 8132	24-UF RJ
28-UF RJ	29-Código CBO S 8132

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
30-Tabeta 100810000030	31-Código do Procedimento 100810000030
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente Região HASD

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
34-Face 1	35-Qtde 1
36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
38-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S
40-Data de Realização 11/11/11	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 11/11/11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1
45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 1174,00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2018 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00	74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018 12:00