



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



743143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9182363	7-Data Validade da Senha 11/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202540582200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LEIDIMARA SOUZA SAIEVCZ	06/12/2004	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAEL JOSE BRASSI
------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante EDINEIA SIMI SILVA	18-Número no CRO 31389	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 03894206977	22-Nome do Contratado Executante EDINEIA SIMI SILVA	23-Número no CRO 31389	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EDINEIA SIMI SILVA	27-Número no CRO 31389	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10	01	8 5 1 0 0 1 9 6	34	O	1	6 1 0 0	0,00					
2-10	01	8 5 1 0 0 1 9 6	35	O	1	6 1 0 0	0,00					
3-10	01	8 5 1 0 0 1 9 6	44	O	1	6 1 0 0	0,00					
4-10	01	8 5 1 0 0 1 9 6	45	M	1	6 1 0 0	0,00					
5-10	01	8 1 0 0 0 4 2 1	RIS		1	1 4 0 0	0,00					
6-10	01	8 1 0 0 0 4 2 1	RCS		1	1 4 0 0	0,00					
7-10	01	8 1 0 0 0 4 2 1	RPS		1	1 4 0 0	0,00					
8-10	01	8 1 0 0 0 4 2 1	RCS		1	1 4 0 0	0,00					
9-10	01	8 1 0 0 0 4 2 1	RPSE		1	1 4 0 0	0,00					
10-10	01											
11-10	01											
12-10	01											
13-10	01											
14-10	01											
15-10	01											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/3/11/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 314,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/3/11/11/21

Edineia Simi

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/3/11/11/21

Edineia Simi

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/3/11/11/21

Rafael Jose Brassi

53-Data, local e Carimbo da Empresa

10/3/11/11/21

Condomínio - PR

Simi Odontologia LTDA.

CPF: 08.222.222/0001-13