

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



381781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7899382	7-Data Validade da Senha 22/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531821000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEICA RIBEIRO DE FARIA		14-Telefone 02/12/1992	15-Nome do titular do plano DEICA RIBEIRO DE FARIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO CASAGRANDE	18-Número no CRO 9715	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05192092906	22-Nome do Contratado Executante DIOGO CASAGRANDE	23-Número no CRO 9715	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante DIOGO CASAGRANDE		27-Número no CRO 9715	28-UF SC	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 Clocas	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/20		
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	24/09/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Realização Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
			567,00	0,00	

Informar o tratamento realizado, encaminhando-me o guia com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/20 Dr. Diogo Casagrande	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20 Dr. Diogo Casagrande	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20	53-Data, local e Cartão da Empresa
---------------	--	--	---	------------------------------------