



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379597
INTERCÂMBIO

1-Registro IAS 408414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/019/12/01	4-Dia de Autorização 12/11/019/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193036	7-Dia Validade da Série 12/01/112/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0103779991406115278777	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRANIHIC SERVICES S	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700901915974794
--	--------------------------------	-----------------------------------	--	--

13-Nome PAULO EDUARDO PURITANDO INDIO	04/03/1983	14-1-Eléctico ()	15-Nome do titular do plano PAULO EDUARDO PURITANDO INDIO
--	------------	----------------------	--

16-Número no CRO 22644	17-Número no CRO 22644	18-Número no CRO 22644	19-UF RJ	20-Código CBO S 801
---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011710521777021	22-Nome do Contratado Escrutante ANDREA BATISTA FERES	23-Número no CRO 22644	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Escrutante ANDREA BATISTA FERES	27-Número no CRO 22644	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentiflagelo	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glor	42-Data
1-010185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	1	9,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010
2-100185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	1	9,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010
3-100185110102118	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DVP	1	1	14,31010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010	1,01010
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/019/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 131231010	47-Valor Total R\$ 1,01010	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 1,01010
---	--	--	-------------------------------------	-------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/019/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgião 12/11/019/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/019/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/019/12/01
--	--	--	--