

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

442498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/20	4-Data de Autorização 05/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152818	7-Data Validade da Senha 17/03/21
8-Número da Carteira 00202534261200000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome ANA CLAUDIA BARBOSA AMARAL			
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA BARBOSA AMARAL					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES					
18-Número no CRO 39072					
19-UF MG					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05177304647					
22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES					
23-Número no CRO 39072					
24-UF MG					
25-Código CNES (I) 81000421- (II) 81000421-RIS					
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES					
27-Número no CRO 39072					
28-UF MG					
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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/01/21		Ana
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			06/01/21		Ana
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			06/01/21		Ana
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			06/01/21		Ana
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			06/01/21		Ana
6	00811000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			06/01/20		Ana
7	00811000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			06/01/21		Ana
8	00811000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			06/01/21		Ana
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 216,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/01/21 Monte Elias Vanilce Moraes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21 Monte Elias Vanilce Moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 Ana Claudia Barbosa Amaral	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/21 Monte Elias Vanilce Oliveira Moraes Cirurgiã Dentista CRO 39072
---	---	---	--