

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



337249
INTERCÂMBIO

1-Regulito ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2006 4-Data de Autorização 11/07/2006 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7696213 7-Data Validade da Santa 10/08/11/10/12/10

8-Data de Benefício

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

13-Nome SIVANE VITORIA TRINIDADE SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JOSE DA CONCEICAO SILVA

16-Data de Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18-Número no CRO 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85/100200 (1) 85/100200

25-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S (1) 85/100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-000	810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0	1,30				
2-000	840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	10,0					
3-000	840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	10,0					
4-000	840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	10,0					
5-000	840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	10,0					
6-000	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1	1	8,8	10,0					
7-000	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	1	8,8	10,0					
8-000	851001196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0					
9-000	851001196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0					
10-000	851001196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0					
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 15 3 3 10 0 47-Valor Total R\$ 10,10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Dados e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

Sivane da Conceição Silva