

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

434963
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 4 / 0 3 / 1 2 / 1

6-Número da Guia Principal
8119300

5-Sanidade
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 0 / 1 1 / 1 2 / 1 0

3-Data de Emissão da Guia
1 0 / 4 / 1 1 / 1 2 / 1 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1 0 / 0 2 / 0 2 / 5 3 / 3 6 / 1 9 / 5 8 / 0 0 / 0 0 / 1 0 / 2

13-Nome
RICARDO MAGRINI ORTIZ

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA FATIMA SILVA CONCEICAO

14-Telefone
() / / / - / / /

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 7 / 5 / 5 / 6 / 2 / 8 / 8 / 9 / 7 / / /

22-Nome do Contratado Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

26-Nome do Profissional Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

18-Número no CRO
94101

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

24-UF
SP

25-Código CNES

27-Número no CRO
94101

28-UF
SP

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	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3 4 1 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0	0 4 / 1 2 / 2 0	0 4 / 1 2 / 2 0		
2	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0	0 4 / 1 2 / 2 0	0 4 / 1 2 / 2 0		
3	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0	0 4 / 1 2 / 2 0	0 4 / 1 2 / 2 0		
4	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0	0 4 / 1 2 / 2 0	0 4 / 1 2 / 2 0		
5	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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-Valor Total R\$
1 7 8 1 0 0

47-Valor Total R\$
1 0 1 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ / / / / /

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
1 1 / 1 2 / 1 0

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 1 / 1 2 / 2 0