

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



378493
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011 4-Data de Autorização 12/01/2011 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7885628 7-Data Validade da Semina 11/01/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 101021025301010521000101010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2011 12-Data Validade da Carteira 11/01/2011 13-Nome ALEXANDRE REZENDE DA SILVA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ALEXANDRE REZENDE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156891141580171 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Enviar - RX 30-Data de Realização 31-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185101200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	11	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0		
2-0	0185101218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DMV	11	12,2	10,0	0,0	0,0	0,0		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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 US 210,00 47-Valor Total R\$ 02102225/000184 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00 49-Data de Realização 11/01/2011 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.