

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

356188
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/2015	4-Data de Autorização 10/09/2015	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183699	7-Data Validade da Guia 11/11/2015
8-Número de Carteira 0037000000028643936					
9-Data Validade da Carteira 11/11/2015					
10-Empresa CHEESEESE DESIGN E					
11-Data Validade da Carteira 11/11/2015					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 89600488763845					
13-Nome CATARINA WILTZEN GUEDES PEREIR					
14-Telefone () / /					
15-Nome do titular do plano JULIO CESAR GUEDES PINHEIRO PE					
16-Matricula e RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0017052177021					
22-Nome do Contratado Executante ANDREA BATISTA FERES					
23-Número no CBO 22644					
24-UF RJ					
25-Código CNEB RJ					
26-Nome do Profissional Executante ANDREA BATISTA FERES					
27-Número no CBO 22644					
28-UF RJ					
29-Código CBO S RJ					
30-Fatura Empresa 601 -					
31-Data de Realização 30-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Auan					
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA					
33-Dente/Régio 1-1 2-1 3-1 4-1 5-1 6-1 7-1 8-1 9-1 10-1 11-1 12-1 13-1 14-1 15-1 16-1 17-1 18-1 19-1 20-1 21-1 22-1 23-1 24-1 25-1 26-1 27-1 28-1 29-1 30-1 31-1 32-1 33-1 34-1 35-1 36-1 37-1 38-1 39-1 40-1 41-1 42-1 43-1 44-1 45-1 46-1 47-1 48-1 49-1 50-1 51-1 52-1 53-1 54-1 55-1 56-1 57-1 58-1 59-1 60-1 61-1 62-1 63-1 64-1 65-1 66-1 67-1 68-1 69-1 70-1 71-1 72-1 73-1 74-1 75-1 76-1 77-1 78-1 79-1 80-1 81-1 82-1 83-1 84-1 85-1 86-1 87-1 88-1 89-1 90-1 91-1 92-1 93-1 94-1 95-1 96-1 97-1 98-1 99-1 100-1					
34-Face 1-1 2-1 3-1 4-1 5-1 6-1 7-1 8-1 9-1 10-1 11-1 12-1 13-1 14-1 15-1 16-1 17-1 18-1 19-1 20-1 21-1 22-1 23-1 24-1 25-1 26-1 27-1 28-1 29-1 30-1 31-1 32-1 33-1 34-1 35-1 36-1 37-1 38-1 39-1 40-1 41-1 42-1 43-1 44-1 45-1 46-1 47-1 48-1 49-1 50-1 51-1 52-1 53-1 54-1 55-1 56-1 57-1 58-1 59-1 60-1 61-1 62-1 63-1 64-1 65-1 66-1 67-1 68-1 69-1 70-1 71-1 72-1 73-1 74-1 75-1 76-1 77-1 78-1 79-1 80-1 81-1 82-1 83-1 84-1 85-1 86-1 87-1 88-1 89-1 90-1 91-1 92-1 93-1 94-1 95-1 96-1 97-1 98-1 99-1 100-1					
35-Quantidade US 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
36-Principal/Co-participação RS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
37-Vitor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
38-Principal/Co-participação US 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Auan					
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/09/2015					
44-Tipo de Atendimento 1-1 2-1 3-1 4-1 5-1 6-1 7-1 8-1 9-1 10-1 11-1 12-1 13-1 14-1 15-1 16-1 17-1 18-1 19-1 20-1 21-1 22-1 23-1 24-1 25-1 26-1 27-1 28-1 29-1 30-1 31-1 32-1 33-1 34-1 35-1 36-1 37-1 38-1 39-1 40-1 41-1 42-1 43-1 44-1 45-1 46-1 47-1 48-1 49-1 50-1 51-1 52-1 53-1 54-1 55-1 56-1 57-1 58-1 59-1 60-1 61-1 62-1 63-1 64-1 65-1 66-1 67-1 68-1 69-1 70-1 71-1 72-1 73-1 74-1 75-1 76-1 77-1 78-1 79-1 80-1 81-1 82-1 83-1 84-1 85-1 86-1 87-1 88-1 89-1 90-1 91-1 92-1 93-1 94-1 95-1 96-1 97-1 98-1 99-1 100-1					
45-Tipo de Faturamento 1-1 2-1 3-1 4-1 5-1 6-1 7-1 8-1 9-1 10-1 11-1 12-1 13-1 14-1 15-1 16-1 17-1 18-1 19-1 20-1 21-1 22-1 23-1 24-1 25-1 26-1 27-1 28-1 29-1 30-1 31-1 32-1 33-1 34-1 35-1 36-1 37-1 38-1 39-1 40-1 41-1 42-1 43-1 44-1 45-1 46-1 47-1 48-1 49-1 50-1 51-1 52-1 53-1 54-1 55-1 56-1 57-1 58-1 59-1 60-1 61-1 62-1 63-1 64-1 65-1 66-1 67-1 68-1 69-1 70-1 71-1 72-1 73-1 74-1 75-1 76-1 77-1 78-1 79-1 80-1 81-1 82-1 83-1 84-1 85-1 86-1 87-1 88-1 89-1 90-1 91-1 92-1 93-1 94-1 95-1 96-1 97-1 98-1 99-1 100-1					
46-Total Quantidade US 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
47-Valor Total RS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
48-Total Franquia / Co-participação 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100					
49-Observação 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2015 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2015 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2015 53-Data local e Cessão da Empresa 10/09/2015					