



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



432928
INTERCÂMBIO

1º Fone do Paciente 406414	3º Data de Emissão da Guia 10/12/11	4º Data de Autuação 05/11/12	5º Senha AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 818222	7º Data Validade da Senha 10/12/13
-------------------------------	--	---------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8º Número da Carteira 0102025249437000000101	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Carteira / /	12º Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--

13º Nome JEFFERSON UANDERLEY VAZ	14º Endereço 07/01/1962	15º Nome do titular do plano JEFFERSON UANDERLEY VAZ
-------------------------------------	----------------------------	---

16º Atendimento a RN N	17º Nome do Profissional Solicitante ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLOGICA LTDA	18º Número no CNO 51370	19º UF SP	20º Código CBO S 025
21º Código no Operadora (CNO) / CUF 1404185808	22º Nome do Contratado Emocente FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	23º Número no CNO 51370	24º UF SP	25º Código CBO S 025
26º Nome do Profissional Especialista FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	27º Número no CNO 51370	28º UF SP	29º Código CBO S 025	30º Enviar - RX (0) 81000405

31º Tabela	32º Descrição	33º Descrição	34º Base	35º CUI	36º Quantidade US	37º Valor	38º Franchise/Co-participação R\$	39º Data de Realização	40º Data de Realização	41º Número de Realização
1-0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				17800	0,00		05/12/2020		
2-0000000000										
3-0000000000										
4-0000000000										
5-0000000000										
6-0000000000										
7-0000000000										
8-0000000000										
9-0000000000										
10-0000000000										
11-0000000000										
12-0000000000										
13-0000000000										
14-0000000000										
15-0000000000										

42º Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	43º Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	44º Total Quantidade US 7800	45º Valor Total R\$ 0,00	46º Total Franchise / Co-participação R\$
---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

47º Data e Assinatura do Profissional Solicitante 05/12/20	48º Data e Assinatura do Contratado Emocente 05/11/12	49º Data e Assinatura do Profissional Especialista 05/12/20	50º Data e Assinatura do Paciente / /	51º Data e Assinatura do Responsável pela Guia / /
---	--	--	--	---