



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o V^o



397857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/11 10:12:01

4-Data de Autorização
10/05/11 11:12:01

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7966584

7-Data Validade da Guia
11/04/11 11:12:11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10101201251101510601015187810121

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/01/11 11:12:11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
PEDRO IGOR RIBEIRO DA SILVA

20/02/2002

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
DEVANIR DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

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
11568914580711

22-Nome do Contratado Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

26-Número no CRO
55535

28-UF
SP

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-010	811001010301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
2-010	8530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
3-010	8530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
4-010	8530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
5-010	8530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
6-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
7-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
8-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
9-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
10-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
11-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
12-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
13-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
14-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		
15-010	8510011961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	36,00	0,00			10/05/11 11:12:01		

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
47-Valor do Faturamento
48-Valor do Faturamento
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/11/11 11:12:01
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante
05/11/11 11:12:01
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/11 11:12:01
53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável
05/11/11 11:12:01

54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável
05/11/11 11:12:01
55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável
05/11/11 11:12:01