



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2º



946531
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2014 12:22	4-Data de Autorização 11/08/2014 12:22	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9800671	7-Data Validade da Serina 11/03/2017 12:22
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202151105506010947011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA

06/01/2049

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	14-Telefone (11) 254816908
--	-------------------------------

11-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Nome do titular do plano CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA
--	---

12-Número de Cartão Nacional da Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES
------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4169743385511	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES
--	---

26-Nome do Profissional Executante
GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

18-Número no CRO 138944	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
23-Número no CRO 138944	24-UF SP	25-Código CBO S Faturar Empresa
27-Número no CRO 138944	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Quebra	42-Assinatura
1-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AS	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
2-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
3-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
4-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
5-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
6-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
7-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
8-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
9-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
10-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
11-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
12-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
13-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
14-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	
15-0	0	8 5 4 0 0 3 9 4	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI	1	5 5 5 0 0	0,00	0,00	1	25/05/2014	11/05/2014	

43-Data Profissão Termino do Tratamento
25/05/2014

44-1-Tipo de Aliamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totál 2-Parcial
--

46-Totál Quantidade US 11110,00

47-Valor Totál R\$ 0,00

48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/05/2014	53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/05/2014
---	---	---	--