



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7963653	7-Data Validação de Saúde 13/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020253122390000001011	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 397084 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome JOSEANE NUNES DIAS	05/11/1978	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JOSEANE NUNES DIAS
-------------------------------	------------	--------------------	---

16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Médico no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-----------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17187148828	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CHES Enviar - RX (I) 85100226 (II) 85100226
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Médico no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100226 (II) 85100226	30-Aut 406414	31-Moeda da Guia 42-Assinatura
---	---------------------------	-------------	--	------------------	-----------------------------------

30-Tratado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6	11	MVPD	1	1 2 2 0 0 0	0,00	0,00	00	11/05/2011	406414	JOSEANE
2-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6	12	MVPD	1	1 2 2 0 0 0	0,00	0,00	00	11/05/2011	406414	JOSEANE
3-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6	21	MVPD	1	1 2 2 0 0 0	0,00	0,00	00	11/05/2011	406414	JOSEANE
4-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6	14	MODV	1	1 2 2 0 0 0	0,00	0,00	00	11/05/2011	406414	JOSEANE
5-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6	16	MODV	1	1 2 2 0 0 0	0,00	0,00	00	11/05/2011	406414	JOSEANE
6-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
7-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
8-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
9-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
10-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
11-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
12-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
13-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
14-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
15-1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										

43-Dado Previsto Terminar 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 6 1 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-------------------------------------	----------------------------	---

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/11 JOSEANE	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/11 JOSEANE	51-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	52-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	53-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE
---	---	--	--	--

54-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	55-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	56-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	57-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	58-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE
--	--	--	--	--

59-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	60-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	61-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	62-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE	63-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 03/11/11 JOSEANE
--	--	--	--	--