



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1º Registro ANS
406414

3ª Data de Emissão da Guia
10/06/10 11/21

4ª Data de Autenticação
10/08/10 11/21

5ª Situação
AUTORIZADO

6º Número da Guia Principal
8176273

7ª Data Validade da Guia
10/06/10 11/21

448771
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8º Nome da Carteira
10 10 12 0 2 5 3 2 3 7 2 8 0 0 0 0 1 1 0 1 1

9º Plano
POS REDE PRESTADORA

10ª Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11ª Data Validade da Carteira
10 10 12 0 2 5 3 2 3 7 2 8 0 0 0 0 1 1 0 1 1

12ª Número do Cartão Nacional de Saúde

13ª Nome
ANA CRISTINA BUENO NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19/01/1970

14ª Telefone
() - - - - -

15ª Nome do titular do plano
ANA CRISTINA BUENO NUNES

Dados do Profissional Solicitante

16º Nome do Profissional Solicitante
BRUNA BARNARD MOTTA

16º Número no CRO
22274

19ª UF
RS

20º Código CBO S

21ª Data Validade da Carteira
025 -

22ª Nome do titular do plano
Faturar Empresa

23ª Código na Operadora / CNPJ / CPF

24ª Nome do Contratado Executante
BRUNA BARNARD MOTTA

23ª Número no CRO
22274

24ª UF
RS

25ª Código CNES

26ª Nome do Profissional Executante
BRUNA BARNARD MOTTA

27ª Número no CRO
22274

28ª UF
RS

29ª Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Anexo	34- Fases	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-	010	81101010310		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,4	10,10			10/10/10	X
2-	010	8153101010471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	10,10			10/10/10	X
3-	010	8153101010471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	10,10			10/10/10	X
4-	010	8153101010471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	10,10			10/10/10	X
5-	010	8153101010471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	10,10			10/10/10	X
6-	010	8153101010471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	10,10			10/10/10	X
7-	010	8153101010471										
8-	010	8153101010471										
9-	010	8153101010471										
10-	010	8153101010471										
11-	010	8153101010471										
12-	010	8153101010471										
13-	010	8153101010471										
14-	010	8153101010471										
15-	010	8153101010471										
43- Data Previsto Término do Tratamento												
44- Tipo de Atendimento												
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urologia/Emergência												
45- Tipo de Faturamento												
1- Total 2- Parcela												
46- Total Quantidade US												
1 7 8 10 10												
47- Valor Total R\$												
10 10 10												
48- Total Franquia / Co-participação R\$												