



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

566709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/7/05/15/21	4-Dia de Autorização ABERTO	5-Sigla ABERTO	6-Número da Guia Principal 566709	7-Dia Validade da Guia 12/5/08/12/11
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 10/02/02/51/04/30/50/01/74/02		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA		
13-Nome DAYANA SILVA RODRIGUES			14-Teléfono () - - - - -		
15-Data do Contato do Remetente pelo Tratamento 26/07/1982			16-Data Validade da Carteira ALEXANDRE DUARTE FERREIRA		
17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA			18-Número no CRO 39384		
19-Data de Assinatura do Profissional Solicitante N			20-Código CBO S 01		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611			22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		
23-Número no CRO 39384			24-UF MG		
25-Código CNES 075 -			26-UF MG		
27-Número no CRO 39384			28-Código CBO S 01		
29-Código CBO S 01			30-Envio - RX (0) 85200085-26		
26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA					
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela 1-00081000049 2-00085200085 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA REST TEMP TRAT EXPECTANTE	33-Dente/Região 26	34-Faixa 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34,00
37-Valor 10,00		38-Franquia/Co-participação R\$ N 27/05/24		39-Aut N 27/05/24	
40-Data de Realização 12/7/05/24		41-Motivo da Guia 42-Assinatura 12/7/05/24		43-Total da Guia 0,00	
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade de US 84,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
49-Observação Inclusão em 26. Faixa de cob. de cont. temp. em cil					
50-Digito Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/7/05/24					
51-Digito Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/7/05/24					
52-Digito Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/05/24					
53-Digito Local e Assinatura da Empresa 12/7/05/24					