



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



397954
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 12/10/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967006	7-Data Validade da Senha 11/14/11
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
8-Número da Carteira 1002025327080000000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome VALMIRA APARECIDA DOS SANTOS			14-Telefone () - - - - -		
15-Data Validade da Carteira 11/14/11			16-Número da Guia Principal 7967006		
17-Número do Cartão Nacional da Saúde 397954			18-Data Validade da Senha 11/14/11		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA		18-Número no CRO 30197	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1065140136919		22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA		23-Número no CRO 30197	
26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA		27-Número no CRO 30197		28-UF PR	
29-Código CBO S 30197		31-UF PR		32-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-12 (I) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid
1-100	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1
2-100	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1
3-100	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1
4-100	85200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	12		1
5-100	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1
6-100	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
7-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	16		1
8-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	12		1
9-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	12		1
10-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	12		1
11-100	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11		1
12-100	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11		1
13-100	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11		1
14-100	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11		1
15-100	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11		1
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Caimento da Empresa					