

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

357581
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/1991	4-Data de Autorização 15/04/1991	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790767	7-Data Validade da Seria 15/04/1991
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010202025289291000458011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 15/04/1991	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700007729235409
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

13-Nome WALLACE COSTA DUARTE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WALLACE COSTA DUARTE
---------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S 414
--------------------------	---	--------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operadora / CNU / CPE 30929415272	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 5480	24-UF AM	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 5480	28-UF AM	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guias	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	16 1 0 0	0 0 0	5 1 2 2	08/08/2000	4	Wallace Costa Duarte
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	16 1 0 0	0 0 0	5 2 2 2	08/08/2000	4	Wallace Costa Duarte
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	16 1 0 0	0 0 0	5 2 2 2	08/08/2000	4	Wallace Costa Duarte
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 8 3 0 0	0 0 0	

49-Observação	50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data Local e Assinatura da Empresa
	22/08/2000	22/08/2000	22/08/2000	22/08/2000

Dr. Ana Maria F. Pinheiro
Dr. Wallace Costa Duarte
Administradora
CRO-AM-171