



Integrado para sua vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/15/12/11	4-Data de Autorização 14/10/15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8562209	7-Data Validade da Senha 04/10/18/12/11	544496 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número de Cartão 002020125374698000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ROSANA DA SILVA						
14-Telefone () / /						
15-Nome do titular do plano ROSANA DA SILVA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA	18-UF SP	19-UF SP	20-Código CBO S 04	25-UF SP	26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2171741518018154	22-Nome do Contratado Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES	23-Número no CRO 62952	24-UF SP	25-Código CBO S 62952	26-UF SP	27-Código CBO S 62952
28-Nome do Profissional Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-1 Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-10	01811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3	4	0 0 0
2-10	0185200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	5	3 3 0 0
3-10	0185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	3	3 3 0 0
4-10	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8 8 0 0
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo de Alendramento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Tipo de Faturamento						
47-Valor Total R\$						
48-Valor Total R\$						
49-Valor Total R\$						
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário						
51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						