



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/2010	4-Data de Autorização 04/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848783	7-Data Validade da Senha 03/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

370066

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202506516500039001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa STK SISTEMAS DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ALLISON DE DEUS SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALLISON DE DEUS SOUZA
----------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a FN ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CHO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S Faturar Empresa
---	--	--	---------------------------	-------------	------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 063121468607	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CHO 39372	24-UF MG	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CHO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	00	81000065			1	34	0,00			514,09	20	X
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	0,00			514,09	20	X
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	0,00			514,09	20	X
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	0,00			514,09	20	X
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	0,00			514,09	20	X
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Previsto Término do Tratamento 14/09/2010												
44- Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45- Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial												
46- Total Quantidade US 1178,00												
47- Valor Total R\$ 10,00												
48- Total Franquia / Co-participação R\$												
49- Observação												

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Deu Assinatura ne gres Souza

Ana Carolina Dias
Ortodontia
39372