



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

347266
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2017		4-Data de Autorização 12/08/2017		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50179669		7-Data Validade da Sentença 12/06/2018	
Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 000370000030520218		8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Empresa MARCOS THEODORO DE		10-Data Validade da Carteira 11/11/11		11-Número do Cartão Nacional de Saúde 703403467241900		12-Nome do titular do plano MARCOS THEODORO DE SOUZA	
13-Nome MARCOS THEODORO DE SOUZA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA											
18-Atendimento a RV N											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001140248706											
22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES											
26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0081000294 LEVANTAMENTO											
32-Descrição 33-Dente Rugião 34-Face 35-Quil 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
1-0081000294 LEVANTAMENTO 11 2221010 0010 1130104120 1130104120											
2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-											
43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$											
49-Observação 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 Carimbo da Empresa											
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável											