



horizontado para web site

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2008 4-Data de Autorização 12/09/2008 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7914171 7-Data Validade da Santa 12/12/2008 385183 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102012531959400000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome LAURA BUSCH 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano FABIO JUNIOR BUSCH 16-Data Validade da Santa 12/12/2008 17-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN 19-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI 20-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109315295900 22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI 23-Número no CRO 29697 24-UF PR 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI 27-Número no CRO 29697 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Grexa	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0										
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
16-0	0											
17-0	0											
18-0	0											
19-0	0											
20-0	0											
21-0	0											
22-0	0											
23-0	0											
24-0	0											
25-0	0											
26-0	0											
27-0	0											
28-0	0											
29-0	0											
30-0	0											
31-0	0											
32-0	0											
33-0	0											
34-0	0											
35-0	0											
36-0	0											
37-0	0											
38-0	0											
39-0	0											
40-0	0											
41-0	0											
42-0	0											
43-0	0											
44-0	0											
45-0	0											
46-0	0											
47-0	0											
48-0	0											
49-0	0											
50-0	0											
51-0	0											
52-0	0											
53-0	0											
54-0	0											
55-0	0											
56-0	0											
57-0	0											
58-0	0											
59-0	0											
60-0	0											
61-0	0											
62-0	0											
63-0	0											
64-0	0											
65-0	0											
66-0	0											
67-0	0											
68-0	0											
69-0	0											
70-0	0											
71-0	0											
72-0	0											
73-0	0											
74-0	0											
75-0	0											
76-0	0											
77-0	0											
78-0	0											
79-0	0											
80-0	0											
81-0	0											
82-0	0											
83-0	0											
84-0	0											
85-0	0											
86-0	0											
87-0	0											
88-0	0											
89-0	0											
90-0	0											
91-0	0											
92-0	0											
93-0	0											
94-0	0											
95-0	0											
96-0	0											
97-0	0											
98-0	0											
99-0	0											
100-0	0											

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 133300 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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 Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697