

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

468583
INTERCÂMBIO

2-Nº

7-Data Validade da Sanha
01/04/05/12/11

6-Número da Guia Principal
8262649

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
01/03/02/12/11

3-Data de Emissão da Guia
01/03/10/02/12/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
POSITIVO INFORMATICA S A

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0102025049085007843011

15-Nome do titular do plano
ALINE PAULA FARIAS DOS SANTOS

20/09/1997

13-Nome
ALINE PAULA FARIAS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

16-Atendimento a RN

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11751516288897

22-Nome do Contratado Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

26-Nome do Profissional Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

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 Class 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa