



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



484655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/02 12/11/02	4-Dia de Autorização 11/11/02 11/11/02	5-Sentença ABERTO	6-Número da Guia Principal 484655	7-Dia Validado da Sentença 12/11/02 11/12/11
--------------------------	---	---	----------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10020202535880400000100110011	9a-Plano	10-Empresa ()	11-Dia Validado da Carteira 11/11/02 11/11/02	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	----------	-------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JERUZA DE FATIMA DA SILVA VIEIRA OLIVEIR	14-Tradução ()	15-Nome do titular do plano JERUZA DE FATIMA DA SILVA VIEIRA OLIVEIR
---	--------------------	---

16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA	18-Número no CRO 39384	19-LUF MG	20-Código do CRO S 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0709530116111	22-Nome do Contratado Excludente BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 39384	24-LUF MG	25-Código ONES	
26-Nome do Profissional Excludente BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 39384	28-LUF MG	29-Código CRO S		

30-Tabela 1-00181000049 2-00185200034 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA TRATAMENTO EM	32-Diagnóstico 48	33-Dentista/Ruário 11	34-Fase 1	35-Id 34100	36-Quantidade US 8100	37-Valor 0100	38-Frangula/Co-participação R\$ N	39-Aval 21/02/02	40-Dia de Realização 21/02/02	41-Motivo da Guisa 21/02/02	42-Operadora
---	---	----------------------	--------------------------	--------------	----------------	--------------------------	------------------	--------------------------------------	---------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------

43-Dia de Previsão do Tratamento 21/02/02	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 42100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Frangula / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/02/02	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/02/02	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/02/02	53-Dia, local e Assinatura do Carimbo da Empresa 21/11/02/02
---	---	---	---