

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



392748  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
01/06/2011 11:21

6-Número da Guia Principal  
50197981

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
10/09/11 01:20

3-Data de Emissão da Guia  
10/08/11 01:20

1-Registro ANS  
406414

## Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

010131710100001163932163

8-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

CONDOMINIO DO ED VIEIRA

11-Data Validade da Carteira

01/01/11 11:11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

708103506990135

13-Nome

MAX LIMA DA FONSECA

21-11/1999

14-Telefone

(11) 11111111

15-Nome do titular do plano

MAX LIMA DA FONSECA

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

17-Nome do Profissional Solicitante

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

13-Número no CRO

17808

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100218

(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

171201386327115

22-Nome do Contratado Executante

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

23-Número no CRO

17808

24-UF

RJ

25-Código CNES

17808

26-Nome do Profissional Executante

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

27-Número no CRO

17808

28-UF

RJ

29-Código CBO S

801 -

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella

31-Código do Procedimento

1-0101851100218

RESTAURAÇÃO RESINA

14 MOD

11221010

32-Descrição

0101851100218

RESTAURAÇÃO RESINA

27 OP

11221010

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 Classe 42-Assinatura

43-Data Prevista 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-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 Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

11/11/2011

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00

17:00