

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

399055
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sema
11/10/11 11/12/11

6-Número da Guia Principal
7970824

5-Sentia
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/10/11 10/12/11

3-Data de Emissão da Guia
11/10/11 10/12/11

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/10/11 11/12/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
() - - - - -

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Data
18/08/1975

8-Número da Carteira
0020201215305718000010103

15-Nome do titular do plano
SUELY LEITE DE BRITO

16-Número no CRO
37184

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
16671216247753

22-Nome do Contratado Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

23-Número no CRO
37184

24-UF
RJ

25-Código CNES
37184

26-Nome do Profissional Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

27-Número no CRO
37184

28-Nome do Profissional Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

30-Tabella
31-Código do Procedimento
100181000065

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
1

34-Face
1

35-Old
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
3400

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
20/10/20

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
20/10/20

44-Tipo de Atendimento
1-1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3400

47-Valor Total R\$
0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

54-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

56-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

58-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

59-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

61-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

63-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

64-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

66-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

68-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

69-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

71-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

73-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

74-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

76-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

78-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

79-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

81-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

83-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

84-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

86-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

88-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

89-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

91-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

93-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

94-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

96-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

98-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

99-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

101-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

102-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

103-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

104-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

105-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

106-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

107-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

108-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

109-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20

110-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

111-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

112-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/20

113-Data, local e Assinatura da Empresa
20/10/20

114-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
20/10/20