

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A\*



595117  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/13/11 06/12/11 | 4-Data de Autorização<br>12/16/11 06/12/11 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8733657 | 7-Data Validade da Senha<br>12/11/11 09/12/11 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                     |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Dados do Beneficiário                               |  |  |  |  |  |
| 8-Número da Carteira<br>100210225322225110000101011 |  |  |  |  |  |
| 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                      |  |  |  |  |  |
| 10-Data de Realização<br>13/09/1963                 |  |  |  |  |  |

|                                       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 11-Data Validade da Carteira          |  |  |  |  |  |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |  |  |  |  |

|                                     |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 13-Nome<br>DILSON GUIMARAES BARROSO |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| 14-Telefone |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 15-Nome do titular do plano<br>DILSON GUIMARAES BARROSO |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                     |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| 16-Atendimento a RN |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|

|                                                                                     |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                       |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>00191049726017 |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                          |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 22-Nome do Contratado Executante<br>KELLY DE SOUZA ABREU |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 23-Número no CRO<br>27786 |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| 24-UF<br>RJ |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|

|                         |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|
| 25-Código CNES<br>27786 |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                            |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>KELLY DE SOUZA ABREU |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 27-Número no CRO<br>27786 |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|

|                 |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|
| 28-Código CBO S |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| 29-UF<br>RJ |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|

|                                                       |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 30-Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200140-15 |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 31-Código do Procedimento |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|

|                                        |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 32-Descrição<br>TRATAMENTO ENDODONTICO |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 33-Dente/Rugilho<br>15 |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|

|         |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|
| 34-Face |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|

|        |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|
| 35-Qtd |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|

|                  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|
| 36-Quantidade US |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|

|          |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|
| 37-Valor |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|

|                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 38-Franquia/Co-participação R\$ |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|

|        |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|
| 39-Aut |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|

|                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| 40-Data de Realização |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|

|                                  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                          |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 43-Data de Revisão Termino do Tratamento |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 44-Tipo de Atendimento |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 45-Tipo de Faturamento |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|

|                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| 46-Total Quantitativo US |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|

|                    |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|
| 47-Valor Total R\$ |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|

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

|               |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|
| 49-Observação |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|

|                                                    |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 50-Data, Local e Assinatura de Correlação-Dentista |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                    |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 51-Data, Local e Assinatura de Correlação-Dentista |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 52-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 53-Data, Local e Assinatura da Carimbada Empresa |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 54-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 55-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 56-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 57-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 58-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 59-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 60-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 61-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 62-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 63-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 64-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 65-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 66-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 67-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 68-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 69-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 70-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 71-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 72-Data, Local e Assinatura do Correlatário-Responsável |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|