



seguradora para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



396077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7959433	7-Data Validade da Semha 11/12/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 010120121510161012101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA BARBARA JOLY MOCZYNSKI	22/02/1982	14-Telefone (11) 21117133718	15-Nome do titular do plano EDSON DE JESUS RIBEIRO MOCZYNSKI	

16-Autorização a FN N	17-Nome do Profissional Societário BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operação / ONP / CPF 101615410113619119	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES 65100200
26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA		27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S

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 Glosa	42-Assinatura
1-0101	8151101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,10	0,10	0,10	11/11/2011		
2-1010	8151101012010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,10	0,10	0,10	11/11/2011		
3-1010	8110101013101	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,10	0,10	0,10	11/11/2011		
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totál 2-Parcial	11813,00	10,10	

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------