

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

312204
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
019/1018/1210

6-Número da Guia Principal
7555184

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
119/1015/1210

3-Data de Emissão de Guia
111/1015/1210

1-Data de Análise
111/1015/1210

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
GERSP GREMIO ESPORTIVO

14-Telefone

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Data de Prestação de Serviço
13/07/1988

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE DE SOUZA CHAVES

18-Número no CRO
7277

19-UF
MT

20-Código CBO S

21-Número no CRO
7277

22-Nome do Contratado Executante
BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA

23-Número no CRO
7277

24-UF
MT

25-Código CNES

26-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Atendimento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



2-Nº

7-Data Validade da Senha
019/1018/1210

6-Número da Guia Principal
7555184

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
119/1015/1210

3-Data de Emissão de Guia
111/1015/1210

1-Data de Análise
111/1015/1210

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
GERSP GREMIO ESPORTIVO

14-Telefone

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Data de Prestação de Serviço
13/07/1988

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE DE SOUZA CHAVES

18-Número no CRO
7277

19-UF
MT

20-Código CBO S

21-Número no CRO
7277

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Atendimento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável