



Entidade para fins

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



378787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/191201	4-Data de Autorização 12/11/091201	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886803	7-Data Validade da Senha 11/12/1201
Partes do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202510550600587101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCOS NAVARRO PEREIRA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano MARCOS NAVARRO PEREIRA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA					
18-Número no CRO 36455					
19-UF SP					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1105715150382					
22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA					
23-Número no CRO 36455					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA					
27-Número no CRO 36455					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 11001851001961					
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA					
33-Dente/Rigião 12 D 1					
34-Face D					
35-Old					
36-Quantidade US 161000					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização 12/11/091201					
41-Motivo da Guia 42-Assinatura					

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
161000

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/09 11/1201

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/09 11/1201

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/09 11/1201

53-Data, local e Carimbo da Empresa