



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



336767
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Caixa de Emenda da Guia 09/07/2012	4-Caixa de Autorização 10/07/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7694858	7-Data Validade da Sentença 10/07/2012
--------------------------	---	--------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

8-Valor do Beneficiário 0,02,02,15,10,87,51,0,0,1,8,8,5,0,2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Sentença	13-Valor da Carteira Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

14-Nome ELAINE SOUZA SILVA	15-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 24/04/1976	16-Teléfono ()	17-Nome do titular do plano WANDERLEI GALVAO PINHEIRO
-------------------------------	---	--------------------	--

18-Endereço a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	20-Número no CRO 46356	21-UF SP	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100226
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17187148828	24-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	25-Número no CRO 46356	26-UF SP	27-Código CBO S

Formulário de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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
1-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6	47	MODV	1	1 2 2 0 0 0	0,00	0,00	13/07/2012	20		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HASD	1	1	3 6 0 0 0 0	0,00	0,00	15/07/2012	20		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HASE	1	1	3 6 0 0 0 0	0,00	0,00	15/07/2012	20		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HAIH	1	1	3 6 0 0 0 0	0,00	0,00	15/07/2012	20		
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HAID	1	1	3 6 0 0 0 0	0,00	0,00	15/07/2012	20		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxerto	1-Totál 2-Parcial	126600	10100	

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1266,00	10,00	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/2012 Elaine Souza Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2012 Elaine Souza Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/2012 W. Galvão Pinheiro	53-Data, local e Assinatura da Empresa Dentista 13/07/2012 Denize Fanton Orefice
--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2012 Elaine Souza Silva	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2012 Elaine Souza Silva	56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2012 Elaine Souza Silva	57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2012 Elaine Souza Silva
--	--	--	--