

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



358530  
INTERCÂMBIO

1-Despacho ANS 4066414 2-Dia de Emissão da Guia 17/10/2017 3-Dia de Autorização 19/10/2017 4-Número da Guia Principal 7794913 5-Data Validade da Guia 15/11/2017

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 010202510550601448602 7-Plano POS REDE PRESTADORA 8-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 9-Telefone 12/04/1977 10-Data Validade da Carteira 11-Nome do titular do plano ROGERIO DOS SANTOS SILVA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSY MARY DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 / CNF 110575503882 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código de 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-Molho da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0       | 085100196                 | RESTAURAÇÃO RESINA | 13              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     | 51,20                           | 10,80  | 2017/10/20            |                   | Rosy Mary     |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 161,00 47-Valor Total R\$ 10,80 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Cautela da Empresa