



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



670869
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/08		4-Data de Autorização 10/11/09		5-Sentença CONCLUIDO		6-Número da Guia Principal 8883344		7-Data Validade da Sentença 12/8/11	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 01012021520046900106217021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COOP DE CRED DE LIVRE ADMIS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODOLFO PASSOS FRANCISCATTI											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alimentação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI		18-Número no CRO 30530		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / ONP / CPF 010835110789211		22-Nome do Contratado Execlutante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI		23-Número no CRO 30530		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Execlutante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI		27-Número no CRO 30530		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 45 V 1		34-Face 1		35-Cid 610101		36-Fratura/Co-participação R\$ 10,00	
37-Valor		38-Quantidade US 610101		39-Fratura/Co-participação R\$ 10,00		40-Data de Realização 13/01/17		41-Motivo da Guia Ratificação		42-Assinatura	
1-0101851100196											
2-0101851100196											
3-0101851100196											
4-0101851100196											
5-0101851100196											
6-0101851100196											
7-0101851100196											
8-0101851100196											
9-0101851100196											
10-0101851100196											
11-0101851100196											
12-0101851100196											
13-0101851100196											
14-0101851100196											
15-0101851100196											
43-Data Previsto Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Atendimento											
46-Tipo de Atendimento											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/09 11/01/11											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/09 11/01/11											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/09 11/01/11											
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/09 11/01/11											