



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 01/12/10	4-Data de Autorização 11/09/11 01/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200043	7-Data Validade da Semeta 11/09/11 01/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	--	--

8-Número da Carteira 01031799941066007205	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 3R COMERCIO DE RAC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70040934379240
--	--------------------------------	----------------------------------	--	---

13-Nome LETICIA RAMOS RIBEIRO ESTEPHAN	30/01/2009	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano CARLOS RENATO LIMA ESTEPHANIO
---	------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número no CRO 35649	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09904672792	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	27-Número no CRO 35649	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00					
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00					
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00					
5-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00					
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crodonia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/11 01/12/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgiã Dentista CRO 35649	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/11 01/12/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgiã Dentista CRO 35649	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 11/09/11 01/12/10 Carlos Renato Lima Estephanio Beneficiário-Responsável CRO 35649	53-Data, local e Contato da Empresa 11/09/11 01/12/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgiã Dentista CRO 35649
--	--	--	--