

2-N^o494296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/9/03/21	4-Dia de Autorização 10/9/03/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8368015	7-Dia Validade da Serina 10/7/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Numero da Carteira 100120125247713900002203	9-Flanco POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PORMADE PORTAS DE MADEIRAS	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
3-Nome LETICIA SANTOS OLIVEIRA		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDERSON MAICON FLEIT		
10/02/1997					

16-Alimentação à RN N	17-Nome do Profissional Societária BARBARA STACHERA	18-Numero no CRO 30197	19-Uf PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 010615140113619119	22-Nome do Contratado Excluído BARBARA STACHERA	23-Numero no CRO 30197	24-Uf PR	25-Código CIES
26-Nome do Profissional Excluído BARBARA STACHERA	27-Numero no CRO 30197	28-Uf PR	29-Código CBO S	

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100200

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	2	0	0				
2-0	0	8	1	0	0	3	0	0				
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Grau Prevalido Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												

12- Obediência

52-Data local e Assinatura do Chirurgião-Dentista Paciente	12/10/13/12/13	<i>[Assinatura]</i>
53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/10/13/12/13	<i>[Assinatura]</i>
54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/10/13/12/13	<i>[Assinatura]</i>
55-Data local e Carimbo da Empresa	12/10/13/12/13	