



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Dia de Autorização 06/11/2010	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196692	7-Dia Validade de Santa 03/11/2011
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

8-Número da Carteira
003700000328223511

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ESPACO SERVICOS ES

11-Dia Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898003928356587

13-Nome
SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG

14-Telefone
15-Nome do titular do plano
SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG

16-Aliamento a RN
ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

17-Nome do Profissional Solicitante
ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
127385740847

22-Nome do Contratado Excedente
ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

26-Nome do Profissional Excedente
ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

27-Número no CBO
32105

28-UF
RJ

29-Código CBO 6
RJ

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Fraco
35-Qntd
36-Quantidade US
37-Menor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Dia de Realização
41-Mofo da Guia
42-Assinatura

1-0085200158
TRATAMENTO ENDODONTICO
18

2-0082000816
EXODONTIA A RETALHO
25

3-0082000441
COLETA DE RASPADO
17

4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

43-Dia Previsão Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado USO beneficiário da guia via planilha.

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Dia, local e Carimbo da Empresa

54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
56-Dia, local e Carimbo da Empresa

57-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
59-Dia, local e Carimbo da Empresa

60-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
61-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
62-Dia, local e Carimbo da Empresa

63-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
64-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
65-Dia, local e Carimbo da Empresa

66-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
67-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
68-Dia, local e Carimbo da Empresa

69-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
70-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
71-Dia, local e Carimbo da Empresa

Dra Anna Vampré
Cirurgia Maxilofacial
32 105

389337
INTERCÂMBIO