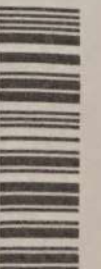


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



324889

INTERCAMBIO

1- Número ANS 406414  
 2- Data de Emissão da Guia 11/06/2010  
 3- Data de Autorização 11/06/2010  
 4- Tipo de Autorização AUTORIZADO  
 5- Sentença POS REDE PRESTADORA  
 6- Nome da Empresa CONSELHO REGIONAL DE  
 7- Número da Guia Principal 50166356  
 8- Data Válida da Guia 11/06/2010  
 9- Nome do titular da Carteira  
 10- Empresa  
 11- Data Válida da Carteira  
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 70050508933751  
 13- Nome do titular do plano  
 14- Tabela 20/05/1976  
 15- Nome de FATIMA NOBOA CALADO

16- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento  
 17- Nome do Profissional Solicitante  
 18- Número no CRO 22644  
 19- UF RJ  
 20- Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES  
 21- Código de Operadora / CNPJ / CEP 01770152177012  
 22- Nome do Contratado Beneficiário ANDREA BATISTA FERES  
 23- Número no CRO 22644  
 24- UF RJ  
 25- Código CNES  
 26- Nome do Profissional Beneficiário ANDREA BATISTA FERES  
 27- Número no CRO 22644  
 28- UF RJ  
 29- Código CBO S  
 30- Faturar Empresa

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Número da Guia	42- Assinatura
1-0	01810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	147,00	0,00		S	11/06/2010		[Assinatura]
2-0	01853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	75,00	0,00		S	11/06/2010		[Assinatura]
3-0	01853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	75,00	0,00		S	11/06/2010		[Assinatura]
4-0	01853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	75,00	0,00		S	11/06/2010		[Assinatura]
5-0	01853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	75,00	0,00		S	11/06/2010		[Assinatura]
6-0	01853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	75,00	0,00		S	11/06/2010		[Assinatura]
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43- Data Final do Tratamento 11/06/10  
 44- Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
 45- Tipo de Faturamento 1-1 2-Previd  
 46- Total Quantidade US 34710,00  
 47- Valor Total R\$ 0,00  
 48- Total Franquia / Co-participação R\$

50- Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Chefe Odontológico ANDREA BATISTA FERES CRO-RJ 22644-4  
 51- Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista ANDREA BATISTA FERES CRO-RJ 22644-4  
 52- Data Inicial e Assinatura do Beneficiário / Responsável ANDREA BATISTA FERES CRO-RJ 22644-4  
 53- Data Inicial e Cancellation da Empresa