



1-Registro AIMS 406414		3-Dados de Emissão de Guia 10/12/11 01/12/10		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 388169		7-Data Validade de Série 13/11/12 11/12/10		388169 INTERCÂMBIO							
Dados do Beneficiário																			
8-Aluno da Carrera 000210125110551060181500021				9-Pai POS REDE PRESTADORA				10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade de Carrera 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
LUIZ HENRIQUE GALVÃO																			
27/10/1958																			
14-Telefone () - - - - -																			
15-Nome do titular do plano SUZANA MARCIA MARINHO DE ABREU GALVÃO																			
16-Endereço a RH 17-Nome do Profissional Solicitante JOÃO PAULO AVILA DE OLIVEIRA																			
18-Número no CRO 114176																			
19-UF SP																			
20-Código CBO S 025 -																			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31191392388854																			
22-Nome do Contratado Especialista JOÃO PAULO AVILA DE OLIVEIRA																			
23-Número no CRO 114176																			
24-UF SP																			
25-Código CNES 114176																			
26-Nome do Profissional Especialista JOÃO PAULO AVILA DE OLIVEIRA																			
27-Número no CRO 114176																			
28-UF SP																			
29-Código CBO S																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																			
30-Tabela 31-Código do Procedimento 101081000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Fragão 1		34-Face 3		35-Qtd 4		36-Quantidade US 0		37-Valor 0		38-Franquia/Co-participação R\$ N11611012101		39-Aut 40-Data de Realização 11/11/11		41-Motivo da Guisa 42-Resolução 2	
1-1																			
2-1																			
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-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcel		46-Total Quantidade US 341010		47-Valor Total R\$ 101010		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010									
49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 01/12/10																			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 01/12/10																			
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 01/12/10																			
95-Data, local e Assinatura do																			