



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



345414
INTERCAMBIO

beneficiário para este plano

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
12/4/10 7/12/10

3-Data de Autorização
13/1/10 7/12/10

4-Semina
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
7734527

6-Data Validade da Semina
12/2/11 10/12/10

7-Data de Benefício

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

9-Endereço
CAPAL COOPERATIVA

10-Telefone
() - - - - -

11-Data Validade da Semina
1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LAIS CRISTINA DE PAULA ROSA

14-Data de Nascimento
07/09/1990

15-Nome do titular do plano
LAIS CRISTINA DE PAULA ROSA

16-Data de Nascimento
07/09/1990

17-Nome do Profissional Solicitante
DENISE FANTON OREFICE

18-Número do CNPJ / CPF
11/7/11 8/11/14 8/12/8

19-Número do Profissional Solicitante
DENISE FANTON OREFICE

20-Nome do Profissional Solicitante
DENISE FANTON OREFICE

21-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

22-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

23-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

24-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

25-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

26-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

27-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

28-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

29-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

34-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

35-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

36-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

37-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

38-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

39-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

40-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

41-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

42-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

44-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

45-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

ESTADORA		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
CAPAL COOPERATIVA							
07/09/1990		14-Telefone		15-Nome do titular do plano		LAIS CRISTINA DE PAULA ROSA	
		16-Número no CBO		19-UF		20-Código CBO S	
46356		SP					
		23-Número no CBO		24-UF		25-Código CHES	
46356		SP					
		27-Número no CBO		28-UF		29-Código CBO S	
46356		SP					
		32-Fratura/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
34-Faixa		35-Cid		36-Quantidade US		37-Autor	
HASD		1		3 6 10 0		0 0 0 0	
HASE		1		3 6 10 0		0 0 0 0	
HAIE		1		3 6 10 0		0 0 0 0	
HAID		1		3 6 10 0		0 0 0 0	
35		1		7 3 10 0		0 0 0 0	