



354782
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/08/12/01

4-Data de Autorização
11/11/08/12/01

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7777879

7-Data Validação da Série
10/09/11/12/01

8-Data de Benefício

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRITANIA COMPONENTES

11-Data Válida da Carteira
11/11/11/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA NEU EVANGELISTA MATOS

14-Data de Contrato Resgatável pelo Tratamento
17/07/1962

15-Nome do titular do plano
JOSE LUCENA FREIRE

16-Atendimento a RN
CLINICA ORAL D - MATRIZ

17-Número no CRO
4114

18-UF
AM

19-Código CBO S
04

20-UF
AM

21-Código CBO S
025 -

22-UF
AM

23-Código CBO S
025 -

24-Código na Operadora / CNE / CPF
15/9/4/4/1/0/3/8/2/5/3

25-Nome do Contratado Resgatável
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

26-Número no CRO
4114

27-UF
AM

28-Código CBO S
025 -

29-UF
AM

30-Código CBO S
025 -

31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Quantidade US
13,4,10,10

34-Valor
0,0,0,0

35-Quantidade US
13,4,10,10

36-Valor
0,0,0,0

37-Quantidade US
13,4,10,10

38-Valor
0,0,0,0

39-Quantidade US
13,4,10,10

40-Valor
0,0,0,0

41-Quantidade US
13,4,10,10

42-Valor
0,0,0,0

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Quantidade US
34-Valor
35-Quantidade US
36-Valor
37-Quantidade US
38-Valor
39-Quantidade US
40-Valor
41-Quantidade US
42-Valor

1-0,0,0,8,1,0,0,0,0,0,6,5

CONSULTA ODONTOLÓGICA

13,4,10,10

0,0,0,0

13,4,10,10

0,0,0,0

13,4,10,10

0,0,0,0

13,4,10,10

0,0,0,0

13,4,10,10

0,0,0,0

2-0,0,0,8,5,1,0,0,0,1,9,6

RESTAURAÇÃO RESINA

44

1

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

3-0,0,0,8,5,1,0,0,0,1,9,6

RESTAURAÇÃO RESINA

45

1

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

4-0,0,0,8,5,1,0,0,0,1,9,6

RESTAURAÇÃO RESINA

46

1

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

16,1,10,10

0,0,0,0

5-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HASD

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

6-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HASE

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

7-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAIE

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

8-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

9-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

10-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

11-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

12-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

13-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

14-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

15-0,0,0,8,4,0,0,0,0,1,9,8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

3,5,10,10

0,0,0,0

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Exame Radiológico

46-Urgência/Emergência

47-Tipo de Tratamento

48-Total Quantitativo US

49-Total Quantitativo US

50-Total Quantitativo US

51-Total Quantitativo US

52-Total Quantitativo US

53-Total Quantitativo US

54-Total Quantitativo US

55-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

56-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

57-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

58-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

59-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

60-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

61-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

62-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

63-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

64-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

65-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

66-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

67-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

68-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

69-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

70-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

71-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

72-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

73-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

74-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

75-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia

76-Data, local e Assinatura de Cópia de Denúncia