



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11	4-Data de Autorização 10/11/12	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8091211	7-Data Validade da Santa 12/04/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

428057
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01002021510155060094502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE LUIZ TRINDADE	14-Relação ()	15-Nome do titular do plano SONIA DOS SANTOS TRINDADE		

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	18-Número no CRO 114476	19-U.F. SP	20-Código CBO S 025
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121044228866	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	23-Número no CRO 114476	24-U.F. SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	27-Número no CRO 114476	28-U.F. SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00					
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00					
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,10	0,00					
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 239,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12 Patrici Ferrantin	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/12 Patrici Ferrantin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 Sonia dos Santos Trindade	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12 Patrici F. Ferrantin Cirurgiã Dentista CRO/SP 114476
---	---	---	--