


1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/12

4-Data de Autenticação
11/08/12

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7418832

7-Data Validade da Guia
11/08/12

290090
INTERCAMBIO

8-Plano de Tratamento
10-01201251101220300222651011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Plano
VINICIUS LANDO FORNI

02/09/1977

14-Telefone
()

15-Plano de Saúde do plano
VINICIUS LANDO FORNI

16-Endereço e CN
17-Nome do Profissional Solicitante
JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA

18-Número no CRO
32922

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

21-UF
RJ

22-UF
RJ

23-UF
RJ

24-UF
RJ

25-UF
RJ

26-UF
RJ

27-UF
RJ

28-UF
RJ

29-UF
RJ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11051982217127

22-Nome do Contratado Executante
JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA

23-Número no CRO
32922

24-UF
RJ

25-UF
RJ

26-UF
RJ

27-UF
RJ

28-UF
RJ

29-UF
RJ

26-Nome do Profissional Executante
JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
34-Face
35-Classe
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Ant
40-Data de Realização
41-Motivo da Causa
42-Assinatura

39-Ant
40-Data de Realização
41-Motivo da Causa
42-Assinatura

43-Valor
44-Data de Realização
45-Motivo da Causa
46-Assinatura

47-Valor
48-Data de Realização
49-Motivo da Causa
50-Assinatura

51-Valor
52-Data de Realização
53-Motivo da Causa
54-Assinatura

55-Valor
56-Data de Realização
57-Motivo da Causa
58-Assinatura

59-Valor
60-Data de Realização
61-Motivo da Causa
62-Assinatura

63-Valor
64-Data de Realização
65-Motivo da Causa
66-Assinatura

67-Valor
68-Data de Realização
69-Motivo da Causa
70-Assinatura

71-Valor
72-Data de Realização
73-Motivo da Causa
74-Assinatura

75-Valor
76-Data de Realização
77-Motivo da Causa
78-Assinatura

79-Valor
80-Data de Realização
81-Motivo da Causa
82-Assinatura

83-Valor
84-Data de Realização
85-Motivo da Causa
86-Assinatura

87-Valor
88-Data de Realização
89-Motivo da Causa
90-Assinatura

91-Valor
92-Data de Realização
93-Motivo da Causa
94-Assinatura

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	1	0	0	0	0	6	5	1	1	1	1
2-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
3-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
4-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
5-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
6-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
7-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
8-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
9-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
10-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
11-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
12-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
13-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
14-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1
15-0	0	1	0	0	0	0	4	7	1	1	1	1

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Tipo de Faturamento
49-Tipo de Faturamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável