



10

2-N^o339683
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 7 / 2 0		4-Data de Autorização 2 2 / 0 7 / 2 0		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7707129		7-Data Validade da Senha 1 3 / 1 0 / 2 0		339683 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 7 3 8 9 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome MARLOM ENCARNACAO DA COSTA		14-Telefone () / / / / /		15-Nome do Titular do plano MARLOM ENCARNACAO DA COSTA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 8 5 7 5 1 6 0 6 7 2		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela													
32-Descrição													
33-Dente/Região													
34-Face													
35-Qtd													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Guia 42-Assinatura													
43-Data Prevista Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Total Quantidade US													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													
49-Observação													
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 Carimbo da Empresa													