



421994
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Código de Emissão da Guia 11811112101	4-Código de Autenticação 11811112101	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 60207125	7-Código Validado na Guia 11611012111
--------------------------	--	---	----------------------	--	--

8-Nome da Central 010317919140661715011	9-Pos POS REDE PRESTADORA	10-Data Validada na Central 11/11/11	11-Data Validada na Guia 11611012111
--	------------------------------	---	---

12-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	13-Data Validada na Guia 11611012111	14-Data Validada na Guia 11611012111	15-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

16-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	17-Data Validada na Guia 11611012111	18-Data Validada na Guia 11611012111	19-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

20-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	21-Data Validada na Guia 11611012111	22-Data Validada na Guia 11611012111	23-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

24-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	25-Data Validada na Guia 11611012111	26-Data Validada na Guia 11611012111	27-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

28-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	29-Data Validada na Guia 11611012111	30-Data Validada na Guia 11611012111	31-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

32-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	33-Data Validada na Guia 11611012111	34-Data Validada na Guia 11611012111	35-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

36-Data de Emissão da Guia 16/05/1978	37-Data Validada na Guia 11611012111	38-Data Validada na Guia 11611012111	39-Data Validada na Guia 11611012111
--	---	---	---

Dr. Daniel de Melo Mendes
 Odontologista
 Clínico Geral
 CRO-RJ 42.797

5-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 6-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado
 7-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

8-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado
 9-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado
 11-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado
 13-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

14-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado
 15-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável