



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12/12/10	4-Data de Autorização 10/11/12/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210205	7-Data Validade da Série 10/11/10/13/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

8-Número do Cartão 1010379994064070554	9a-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BIANCA DOS SANTOS	11-Data Validade do Cartão 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004125943502
---	---------------------------------	---------------------------------	--	--

13-Nome EDUARDO DE FIGUEIREDO BARBOSA	25/07/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BIANCA DOS SANTOS LIMA
--	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010114002148706	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RPD (I) 81000375-FME (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD
---	--	---------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14	10	0	0	10	12/12/10		
2-10	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14	10	0	0	10	12/12/10		
3-10	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14	10	0	0	10	12/12/10		
4-10	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14	10	0	0	10	12/12/10		
5-10	0181000294	LEVANTAMENTO		1	22	2	10	0	10	12/12/10		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 27810	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0
49-Observação Pedido anexado na solicitação da guia online no campo: incluir imagem.					
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 12/12/10 K.S	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/11 12/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/11 12/12/10 Radiológica Copa 500	Clínica Odonto CRO RJ 287	