



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017 12:01	4-Data de Autorização 11/01/2017 12:01	6-Semha AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7689816	7-Data Validade da Semha 10/06/2017 12:01
Dados do Beneficiário			INTERCÂMBIO		
5-Número da Carteira 0002025118484200000602			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		

13-Nome HELERTON MARINHO SEVERO OLIVEIRA	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLICHERIA BLUMENAU LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2017
14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano HENDERSON DIAS DE OLIVEIRA	

16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 9461	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12312301126653		22-Nome do Contratado Excludente GILBERTO ANTONIO SILVA	23-Número no CRO 9461	24-UF MG	25-Código CVES 312011

26-Nome do Profissional Excludente GILBERTO ANTONIO SILVA		27-Número no CRO 9461	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Buglio	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura									
1-0	0	8	1	0	0	4	0	5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	7	8	10	0	10	0	0	S	13/07/2017	12312301126653
2-																					
3-																					
4-																					
5-																					
6-																					
7-																					
8-																					
9-																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

43-Data Previsto Término de Tratamento 13/07/2017	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico 3-Odontoma	46-Urgência/Emergência	47-Nº de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantitativo US 78100	49-Valor Total R\$ 0,00	46-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	------------------------------------	------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/2017		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2017		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/2017		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/2017	
---	--	---	--	---	--	---	--