



1- Nome do Paciente	2- Data de Emissão da Guia	3- Data de Autorização	4- Sessão	5- Número da Guia Principal	6- Data Validade da Sessão
ANS 414	12/08/2010	12/08/2010	AUTORIZADO	50187693	12/01/2011
7- Beneficiário	8- Plano	9- Empresa	10- P.L. PART.	11- Data Validade da Carteira	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
MOURA GOMES DOS SANTOS	POS REDE PRESTADORA	PEDRO II PL PART.	(12/11) 1871551-35208	12/01/2011	700005721784002

13- Contrato Responsável pelo Tratamento	14- Nome do Profissional Solicitante	15- Nome do Contratado Executante	16- Telefone	17- Nome do Titular do plano
ELIANE BISPO DE ALENCAR	ELIANE BISPO DE ALENCAR	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	MAURA GOMES DOS SANTOS

18- Número no CRO	19- UF	20- Código CBO S	21- Data Validade da Carteira	22- Nome do Contratado Executante
16512	RJ	801 -	12/01/2011	Faturar Empresa

23- Número no CRO	24- UF	25- Código CNES	26- Código CBO S	27- Valor
16512	RJ			

28- UF	29- Código CBO S	30- Franquia/Co-participação R\$	31- Aut	32- Data de Realização
RJ				

33- Descrição	34- Dente/Região	35- Quantidade US	36- Valor	37- Franquia/Co-participação R\$	38- Aut	39- Data de Realização	40- Motivo da Guisa	41- Ass
CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34	10,00		S	28/08/2010		

RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	61	10,00	S	31/08/2010	
--------------------	----	---	---	----	-------	---	------------	--

RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	61	10,00	S	31/08/2010	
--------------------	----	---	---	----	-------	---	------------	--

EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	17	3	10,00	S	08/09/2010	
----------------------	----	---	----	---	-------	---	------------	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

42- Tipo de Atendimento	43- Tipo de Faturamento	44- Total Quantidade US	45- Valor Total R\$	46- Total Franquia / Co-participação
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1229,00	10,00	

47- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	48- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	49- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	50- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	08/09/2010	

51- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

54- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	55- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	56- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

57- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	58- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	59- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

60- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	61- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	62- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

63- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	64- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	65- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

66- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	67- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	68- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

69- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	70- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	71- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

72- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	73- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	74- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

75- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	76- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	77- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

78- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	79- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	80- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

81- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	82- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	83- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

84- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	85- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	86- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

87- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	88- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	89- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

90- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	91- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	92- Data, local e Assinatura da Empresa
	08/09/2010	

93- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	94- Data, local e Assinatura do
--	---------------------------------