



347834
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 4-Data de Autorização 12/9/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50179942 7-Data Validade da Semeta 12/7/11 8-Data Validade da Semeta 12/10/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000027973444 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PSH EMPREENDIMENTO 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 706209587898860

13-Nome MATHEUS TOMAS DE OLIVEIRA 14-Teléfono 12/02/2014 15-Nome do titular do plano HELENA ALMEIDA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 24440 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100596288719 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 24440 24-UF RJ 25-Código CNES 85100200 Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 24440 28-UF RJ 29-Código CBO S 85100200 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	55	OM	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	54	O	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	53	M	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	65	OM	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
5-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	64	OM	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	63	M	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 4 4 7 0 0 47-Valor Total RS 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação RS 0 0 0 0

49-Observação

odonto Pediatras

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2010 Curitiba 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2010 Curitiba 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2010 Fátima Tomaz 53-Data, Local e Assinatura da Empresa 18/10/2010