



384311
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/11/2012

6-Número da Guia Principal
50194772

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/08/09

3-Data de Emissão da Guia
12/08/09

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10-0373

10-0560

10-1011

10-1580

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

10-0010

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

702005343465189

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

15-Nome do titular do plano

MAURO DE OLIVEIRA NAVARRO

10-Empresa

CASF-PL.PARTICULAR

14-Telefone

(11) 11111111

18-Número no CRO

17808

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

24-UF

RJ

25-Código CNES

28-UF

RJ

29-Código CBO S

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-00081000065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-00081000098

PROFILAXIA: POLIMENTO

3-00081000098

PROFILAXIA: POLIMENTO

4-00081000098

PROFILAXIA: POLIMENTO

5-00081000098

PROFILAXIA: POLIMENTO

6-11111111111

7-11111111111

8-11111111111

9-11111111111

10-11111111111

11-11111111111

12-11111111111

13-11111111111

14-11111111111

15-11111111111

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

Mª Zita de S. de Andrade

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

12/08/09

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

Mª Zita de S. de Andrade

CRO 17.808