



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 01/12/10 4-Data de Autorização 10/09/11 01/12/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 50198167 7-Data Validade da Guia 10/07/11 01/12/11

393488
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/03/79 99940632081110 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PADARIA E MERCEARI 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700207461231823 13-Nome RAYCHEL LEE MONTEIRO OLIVEIRA 14-Data de Realização 24/08/2001 15-Nome do titular do plano LINDSAY LEE MONTEIRO OLIVEIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82436274720 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001294-28 (II) 82001294-38 (III) 82001294-48 26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 82001294-38 (II) 82001294-48 Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente	34- Região	35- Face	36- Qtd	37- Valor	38- Franquia / Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Método da Cirurgia	42- Assinatura
1	010	8200000875										
2	010	820001294										
3	010	820001294										
4	010	820001294										
5	010	820001294										
6	010	820001294										
7	010	820001294										
8	010	820001294										
9	010	820001294										
10	010	820001294										
11	010	820001294										
12	010	820001294										
13	010	820001294										
14	010	820001294										
15	010	820001294										

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/11/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 631,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/11/10