



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014 4-Data de Autorização 13/01/2014 5-Semta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7526272 7-Data Validade da Semta 12/31/2017

308314
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020252941179000032011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO RIOMAR 11-Data Validade da Carteira 12/31/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO 18-Número no CRO 14941 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1277113232818 22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO 23-Número no CRO 14941 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO 27-Número no CRO 14941 28-UF SC 29-Código CBO S

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			12/05/2014		Gabriela
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			12/05/2014		Gabriela
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			12/05/2014		Gabriela
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			12/05/2014		Gabriela
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			12/05/2014		Gabriela
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 1174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/21/05/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/02/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/05/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/21/05/2014