

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/03/04		4-Data de Autorização 07/05/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7525209		7-Data Validade da Senha 22/07/20		2-Nº		308141 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 00202510550601812702		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome JOAO PEDRO LOPES DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ELISETE LOPES DA SILVA SANTOS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		18-Número no CRO 117199		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801		22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		23-Número no CRO 117199	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		27-Número no CRO 117199		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa 025 -		31-Silva CROSP: 117.199	
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor	
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		36		V		1		61,00		0,00		0,00	
2-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HAIE		1		34,00		0,00		0,00		0,00	
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		35,00		0,00		0,00		0,00	
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		35,00		0,00		0,00		0,00	
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		35,00		0,00		0,00		0,00	
6-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO													
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão 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 235,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/05/20	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/05/20		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/20		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/20		56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/20		57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/20		58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/20	