



2-№

451085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/0111/1211		5-Senhá AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8184376		7-Data Validade da Senhá 11/11/0111/1211		451085 INTERCÂMBIO																																																											
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																											
8-Número da Carteira 001202510550601079302		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Nome do titular do plano BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS																																																													
13-Name RODRIGO ASSIS MOREIRA										15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11																																																											
16-Atendimento a RN N										18-Número no CRO 86554		19-UF SP		20-Código CBO S 02		25-Código CNES 025 - Fatur Empresa																																																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1310336108108167		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		27-Número no CRO 86554		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-1001810010030		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Ord 1		36-Quantidade US 3400		37-Valor 0000		38-Franquia/Co-participação R\$ 0000		39-Aut S		40-Data de Realização 11/11/0111/1211		41- Motivo da Glosa 42-Assinatura [Assinatura]																																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/0111/1211										44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 3400										46-Total Quantidade US 3400										47-Valor Total R\$ 0000										48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [Assinatura]										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [Assinatura]										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [Assinatura]										53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]																																							
54-Observação										55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [Assinatura]										56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [Assinatura]										57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [Assinatura]										58-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]																													