



1023027
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
14/09/2012

6-Número da Guia Principal
10024656

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
16/06/2012

3-Data de Emissão da Guia
16/06/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

002025473622000000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

1023027

13-Nome

DAIANE CORREA

14-Telefone

(11) 11111111

15-Nome do titular do plano

DAIANE CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

TAINARA MARIA BRITO GARCIA NASCIMENTO

18-Número no CRO

133470

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

4085266000192

22-Nome do Contratado Executante

TAINARA MARIA BRITO GARCIA NASCIMENTO

23-Número no CRO

133470

24-UF

SP

25-Código CNES

9999999

26-Nome do Profissional Executante

TAINARA MARIA BRITO GARCIA NASCIMENTO

27-Número no CRO

133470

28-UF

SP

29-Código CBO S

025 -

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável