



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10	4-Data de Autorização 11/05/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931144	7-Data Validade da Senha 10/03/11	389296 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 1002021532526800000101	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
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome TIAGO MARTINIANO	13/05/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano TIAGO MARTINIANO
-----------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15181512138112687	22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON	23-Número no CRO 16986	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON	27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S

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
	1-00081000294	LEVANTAMENTO		1		222000	0,00			12/05/10		

2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/10	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 122200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Assinatura do Carimbo da Empresa
---	---	---	---