



1. ANS 414 3. Data de Emissão da Guia 10/08/11 4. Data de Autorização 10/08/11 5. Sanha AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 50197998 7. Data Validada da Sanha 10/06/11 392897 INTERCÂMBIO

8. Beneficiário 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11. Data Validada da Carteira 11/11/11 12. Número do Cartão Nacional de Saúde 898004832412564

13. LIAN AGUIAR DA SILVA 14. Telefone () 1- 15. Nome do Titular do Plano ANA BEATRIZ COSTA DA SILVA

16. Contrato Responsável pelo Tratamento 17. Nome do Profissional Solicitante MARCIA MARTINS PEREIRA 18. Número no CRO 20672 19. UF RJ 20. Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21. Nome do Profissional Executante MARCIA MARTINS PEREIRA 22. Nome do Contratado Executante MARCIA MARTINS PEREIRA 23. Número no CRO 20672 24. UF RJ 25. Código CVES 26. Código CBO S

27. Número no CRO 20672 28. UF RJ 29. Valor R\$ 30. Franquia/Co-participação R\$ 31. Aut 40. Data de Realização 41. Motivo da Glosa 42. Ass

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. Ass
10 10 8 1 0 0 0 0 3 0 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3,4	0,00				
10 10 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	3,5	0,00				
10 10 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	3,5	0,00				
10 10 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	3,5	0,00				
10 10 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	3,5	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V		1	6,1	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	P		1	6,1	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O		1	6,1	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O		1	6,1	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D		1	6,1	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V		1	6,1	0,00				
10 10 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V		1	6,1	0,00				

43. Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 44. Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 45. Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46. Total Quantidade US 47. Valor Total R\$ 48. Total Franquia / Co-participação

1. Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 2. Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 3. Data, local e Assinatura da Empresa

4. Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 5. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 6. Data, local e Assinatura da Empresa