



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 4-Data de Autorização 11/03/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8039594 7-Data Validade da Sentia 10/08/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532751400000101 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

SALVADOR MANGUEIRA 09/12/1967 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SALVADOR MANGUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 43418 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110679177647 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 025- Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE 26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES 27-Número no CRO 43418 28-UF MG 29-Código CBO S 30-Franchise Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	0810000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00						
2-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00						
3-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00						
4-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00						
5-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00						
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Corodentia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1278,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchise / 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 da Empresa