



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 4-Data de Autorização 12/12/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 8330482 7-Data Validade da Guia 12/15/10 8-Data Validade da Guia 12/15/10 9-Data Validade da Guia 12/15/10 10-Data Validade da Guia 12/15/10 11-Data Validade da Guia 12/15/10 12-Data Validade da Guia 12/15/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020125270885000001031

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 12/15/10 12-Data Validade da Carteira 12/15/10

13-Data Validade da Carteira 12/15/10 14-Data Validade da Carteira 12/15/10

13-Nome VINICIUS SILVA OLIVEIRA

22/01/2000

14-Telefone (11) 788314709

15-Nome do titular do plano JULIANA NUNES RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASIL EIRA LTDA - ME

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115688540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 27-Número no CRO 53702 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-010	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
2-010	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
3-010	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
4-010	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
5-010	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
6-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
7-010	815100020	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
8-010	815100020	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
9-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
10-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
11-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
12-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
13-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
14-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson
15-010	815100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		1	22/03/10		Edmilson

43-Data Término do Tratamento 12/14/10 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 598,00 47-Valor Total R\$ 1000,00 48-Total Valor Co-participação R\$ 1000,00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/03/1001 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/03/1001 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/03/1001 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/03/1001