



414		3-Data de Emissão da Guia 06/07/2010		4-Data de Autorização 20/07/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7684715		7-Data Validade da Senha 04/10/2010		334721 INTERCAMBIO							
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												11-Data Validade da Carteira 		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 					
9-Plano POS REDE PRESTADORA												13-Data Validade da Carteira 		14-Teléfono 		15-Nome do titular do plano HELUZA HELENA SUPRIANO MENDES			
16-Contratado Responsável pelo Tratamento JUZA HELENA SUPRIANO MENDES												17-Nome do Profissional Solicitante 		18-Número no CRO 		19-U-F 		20-Código CBO S 	
21-Nome do Contratado Executante VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA												22-Número no CRO 		23-U-F 		24-Código CNEs 		25-Enviar - RX 	
26-Operadora / CNPJ / CPF 												27-Número no CRO 		28-U-F 		29-Código CBO S 		30-Profissional Executante 	

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-Dela de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
010851200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1	533	0,00	0,00	0,00	S	20	07	20	20
01085120026	PREPARO NUCLEO	16	1	46	0,00	0,00	0,00	S	20	07	20	20
01085110056	CURATIVO DE DEMORA EM	16	1	8	0,00	0,00	0,00	S	06	07	20	20

Eu, abaixo assinado, declaro que a presente declaração é verdadeira e que não há qualquer outro documento ou prova que contradiga o conteúdo desta declaração. Estou ciente de que a falsificação desta declaração pode acarretar consequências legais e administrativas. Assinatura: _____

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável
--	--	--	--