



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10 4/12/11

4-Data de Autorização
12/4/10 4/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8516725

7-Data Validade da Senha
12/3/10 7/12/11

8-Número da Carteira
1002025371719900100101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional da Saúde
1231071211

13-Nome
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0619417523

22-Nome do Contratado Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

26-Nome do Profissional Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
12351001

47-Valor Total R\$
1010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1010101

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/5/10 4/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/5/10 4/12/11

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10 4/12/11

4-Data de Autorização
12/4/10 4/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8516725

7-Data Validade da Senha
12/3/10 7/12/11

8-Número da Carteira
1002025371719900100101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional da Saúde
1231071211

13-Nome
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0619417523

22-Nome do Contratado Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

26-Nome do Profissional Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
12351001

47-Valor Total R\$
1010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1010101

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/5/10 4/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/5/10 4/12/11

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10 4/12/11

4-Data de Autorização
12/4/10 4/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8516725

7-Data Validade da Senha
12/3/10 7/12/11

8-Número da Carteira
1002025371719900100101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional da Saúde
1231071211

13-Nome
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0619417523

22-Nome do Contratado Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

26-Nome do Profissional Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
12351001

47-Valor Total R\$
1010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1010101

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/5/10 4/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/5/10 4/12/11

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10 4/12/11

4-Data de Autorização
12/4/10 4/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8516725

7-Data Validade da Senha
12/3/10 7/12/11

8-Número da Carteira
1002025371719900100101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional da Saúde
1231071211

13-Nome
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MENERSON DOS SANTOS ASSIS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0619417523

22-Nome do Contratado Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

26-Nome do Profissional Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
12351001

47-Valor Total R\$
1010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1010101

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/5/10 4/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/5/10 4/12/11

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 4/12/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/5/10 4/12/11

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10 4/12/11

4-Data de Autorização
12/4/10 4/12/11</