



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/11 10/12/01 4-Data de Autorização 12/3/11 10/12/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7986741 7-Data Validade da Sentença 12/10/10 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101020253306280000000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA CRISTINA VILLELA DA SILVA 14-Teléfono () 697316184 15-Nome do titular do plano JESSICA CRISTINA VILLELA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA 18-Número no CRO 18285 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10070699151775 22-Nome do Contratado Executante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO 23-Número no CRO 18285 24-UF RJ 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO 27-Número no CRO 18285 28-UF RJ 29-Código CBO S

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	010	811000030			1	3,4	10,0			23/11/10		
2	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
3	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
4	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
5	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
6	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
7	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
8	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
9	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
10	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
11	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
12	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
13	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
14	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		
15	010	815300047			1	3,6	10,0			23/11/10		

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11781010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

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 Carimbo da Empresa