



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 16/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946279	7-Data Validade da Senha 06/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

392885
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020253169510000001021	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 MARCOS APARECIDO CAMARGO GOMES				
14-Teléfono () - - - - -				
15-Nome do titular do plano JOICE SOARES DA SILVA				

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	18-Número no CRO 96982	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1315130470008211		23-Número no CRO 96982	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO		27-Número no CRO 96982	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
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				16/11/2010		
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00				16/11/2010		
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00				16/11/2010		
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00				16/11/2010		
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00				16/11/2010		
7-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	61,00				16/11/2010		
8-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00				16/11/2010		
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00				16/11/2010		
10-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00				16/11/2010		
11-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00				16/11/2010		
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 637,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2010					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2010					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/11/2010					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010					