



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/11 01/2/01	4-Data de Autorização 11/11/12 11/2/01	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8003859	7-Data Validade da Semha 12/6/10 11/2/11	406920 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 10/02/02 5327344000000101	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 MARIA ELITANIA SOUZA CHAVES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do plano MARIA ELITANIA SOUZA CHAVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		18-Número no CRO 41157		19-UF MG		20-Código CBO S		225 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200159-16			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32938498810		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		23-Número no CRO 41157		24-UF MG		25-Código CNES		26-Número no CRO 41157		28-UF MG		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO		27-Número no CRO 41157		28-UF MG		29-Código CBO S		30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região	

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 Guia	42-Assinatura
1-0	018520158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	533,00	10,00			23/11/20		
2-0	0181001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			23/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Tipo de Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 maria elitania	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20	Ceol Serviços Odontológicos S. Ltda. 21.474 706 000 165
---	---	--	---	---