



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2014 4-Data de Autorização 11/11/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10744536 7-Data Validade da Senha 10/09/2014 12-13

Dados do Beneficiário

8-1-Último da Carteira 100202548800220000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-13

13-Nome VIVIANE PRIMO DA LUZ 14-Teléfono 29/08/1986 15-Endereço 16-Nome do titular do plano VIVIANE PRIMO DA LUZ 17-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Autorização a R# 19-Nome do Profissional Solicitante TALITA SENA DELGADO FERNANDES 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Exatante TALITA SENA DELGADO FERNANDES 23-Número no CRO 132162 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante TALITA SENA DELGADO FERNANDES 27-Número no CRO 132162 28-Código CBO S 29-UF SP 30-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabella	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade US	35-Valor	36-Franchia/Co-participação R\$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Motivo da Glosa	40-Assinatura
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	0,00	5118/02/11/213	X	Viviane		
2-00000000000									
3-00000000000									
4-00000000000									
5-00000000000									
6-00000000000									
7-00000000000									
8-00000000000									
9-00000000000									
10-00000000000									
11-00000000000									
12-00000000000									
13-00000000000									
14-00000000000									
15-00000000000									

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-1-Tipo de Falta/Arreio 1-Total 2-Parcial

46-1-Total Quantidade US 134,00

47-Valor Total R\$ 10,00

48-Total Franchia / Co-participação R\$

49-Observação

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 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista