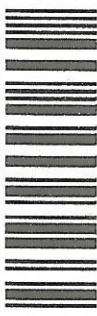




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 12/12/01	4-Data de Autorização 12/8/11 12/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8166761	7-Data Validada da Senha 12/3/11 03/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

445839
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012101253421121210101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome GERALDA APARECIDA DE ANDRADE	14-Telefone (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano WELLINGTON DE OLIVEIRA CRISTO
---	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106791177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES 1106791177647
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CEO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10	0181001405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			5128/11 12/12/01	geralda	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 12/8/11 11/21/12	44-Tipo de Atendimento 12-1-Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Úlceras/Ematoma	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US 178,00	50-Valor Total R\$ 10,00	51-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	----------------------	---------------	--------------------	---	----------------------------------	-----------------------------	---

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/11 11/21/12	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável geralda	54-Data, local e Assinatura da Empresa 12/12/12
---	--	--

ODONTODOC
11-806-4061001-9