



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/05/2011

4-Data de Autorização
13/05/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8230100

7-Data Validade da Senha
12/05/2011

8-Número da Carteira
00202025327529000000101

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
JACIVALDO DE CASTRO PACHECO

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
JACIVALDO DE CASTRO PACHECO

16-Matrimônio a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0619417523

22-Nome do Contratado Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

26-Nome do Profissional Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
16305

20-Código CBO S
16305

25-Código CNES
16305

19-UF
BA

24-UF
BA

18-Número no CRO
16305

23-Número no CRO
16305

28-UF
BA

29-Código CBO S
16305

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

53-Data, local e Assinatura da Empresa