

392283
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/8//10//210	4-Data de Autorização 11/3//10//210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7943899	7-Data Validada da Senha 10/6//01//21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	000202532577770000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão	

13- Nome	JOAO DA CRUZ SILVA
14- Telefone	16/12/1986
15- Nome do titular do plano	JOAO DA CRUZ SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alimentação a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS
18-Número no CRO 39372	19-UF MG
20-Código CBO S 025 - Estrutor Empresa	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	0106312468607
22-Nome do Contratado Executante	ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS
23-Número no CRO	39372
24-UF	MG
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	39372	MG	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Clot	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4	0 0 0		S 1 4	1 0 1 2 0		<i>[assinatura]</i>
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6	0 0		S 1 4	1 0 1 2 0		<i>[assinatura]</i>
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6	0 0		S 1 4	1 0 1 2 0		<i>[assinatura]</i>
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6	0 0		S 1 4	1 0 1 2 0		<i>[assinatura]</i>
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6	0 0		S 1 4	1 0 1 2 0		<i>[assinatura]</i>

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	11/11/2020
44-Tipo de Atendimento	1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Utilidade/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1 - Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	1178,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/4/11 10/12/10	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/4/11 10/12/10	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/4/11 10/12/10	
53-Data, local e Cartão da Empresa	11/11/11	

Ana Carolina Dias
Otopontia

CRO-MG 36372

Ama Carolina Dias

06077

CRO-MIG 30372