



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/03 4-Data de Autorização 12/13/03 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8411334 7-Data Validação da Guia 12/10/03 8-Número do Contrato Nacional de Saúde

9-Número da Clínica 010201253630560000102 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Cidade Validada da Clínica 12-Número do Contrato Nacional de Saúde 13-Nome KETLEN DE OLIVEIRA FERREIRA 14-Relação DENTAL UNI COOPERATIVA 15-Nome do Utilizador do plano ALINE FERREIRA DE OLIVEIRA

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 21/01/2004 17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR 18-Endereço do Profissional Solicitante 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR 19-Número no CRO 86205 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 23-Número no CRO 86205 24-UF SP 25-Código CIES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 86205 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabuada	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Conteúdo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Módulo de Gestão	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0	0,0	0,0			Alaine
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0	0,0	0,0			Alaine
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0	0,0	0,0			Alaine
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0	0,0	0,0			Alaine
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0	0,0	0,0			Alaine
6-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0	0,0	0,0			Alaine
7-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0	0,0	0,0			Alaine
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1296,00 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Assinatura da Empresa