



2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10/12/2

4-Data de Autorização
12/4/10/12/2

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10513657

7-Data Validade da Senha
12/2/01/1/2/3

8-Número da Carteira
0002025257860000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSE RICARDO DA SILVA CASEMIRO FILHO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do Titular do plano
THAIS ALVES FERREIRA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10882440000173

22-Nome do Contratado Executante
CLINICA ODONTOLOGICA ESPACO FAMILIA LTDA

26-Nome do Profissional Executante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

27-Número no CRO
41529

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabella
10081000065

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLOGICA

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLOGICA

33-Dente Região
1

34-Faca
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
000

38-Franquia/Co-participação R\$
000

39-Aut
S

40-Data de Realização
24/10/22

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
1/1/1/1

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3400

47-Valor Total R\$
000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
000

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
24/10/22

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
24/10/22

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/22

53-Data, local e Assinatura da Empresa
24/10/22

54-Data, local e Assinatura da Empresa
24/10/22

1199313
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10/12/2

4-Data de Autorização
12/4/10/12/2

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10513657

7-Data Validade da Senha
12/2/01/1/2/3

8-Número da Carteira
0002025257860000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSE RICARDO DA SILVA CASEMIRO FILHO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do Titular do plano
THAIS ALVES FERREIRA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10882440000173

22-Nome do Contratado Executante
CLINICA ODONTOLOGICA ESPACO FAMILIA LTDA

26-Nome do Profissional Executante
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO

27-Número no CRO
41529

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabella
10081000065

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLOGICA

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLOGICA

33-Dente Região
1

34-Faca
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
000

38-Franquia/Co-participação R\$
000

39-Aut
S

40-Data de Realização
24/10/22

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
1/1/1/1

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3400

47-Valor Total R\$
000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
000

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
24/10/22

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
24/10/22

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/22

53-Data, local e Assinatura da Empresa
24/10/22

54-Data, local e Assinatura da Empresa
24/10/22