

2-N^o405453
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/20	4-Data de Autorização 12/10/20	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998028	7-Data Validade da Serina 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário	
R. Número da Carteira	
0	0
0	0
2	0
2	5
3	2
8	7
0	3
0	0
0	0
0	1
0	1
9. Plano	
POS REDE PRESTADORA	
10. Empresa	
DENTAL UNI COOPERATIVA	
11. Data Validade da Carteira	
	
12. Número do Cartão	

13- Nome	MARIA SELEME DOS SANTOS
14- Telefone	2307/1977
15- Nome do titular do plano	MARIA SELEME DOS SANTOS

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
19- Alinhamento a IN N	17- Nome do Profissional Socialista BARBARA STACHERA
18- Número no CRO 30197	19- UF PR
20- Código CBO S	025 - Faturar Empresa

21- Código na Operação CNPJ / CPF	06540136919
22- Nome do Contribuinte Encarregado	BARBARA STACHERA
23- Número do CNPJ	30197
24-UF	PR
25- Código CNES	
Enviar - RX (1) 85100200	

26- Nome do Profissional Elegante	28- UF	29- Código CBO S
BARBARA STACHERA	PR	
27- Número no CRO		
30197		

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos										
30) Tabela	31) Código do Procedimento	32) Descrição	33) Dente/Régio	34) Flan	35) Cid	36) Quantidade US	37) Valor	38) Fórmula/Co-participação R\$	39) Aut	40) Data

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

43 Data Previsto Término do Tratamento	44 Tipo de Abandono	45 Tipo de Faltamento	46 Total Quilômetros US	47 Valor Total R\$
17/07/2017	1	1	3.840,00	0,00

☐ 1) Tratamento Oncológico; 2) Exame Radiológico; 3) Cirurgia; 4) Urogenital/Endócrina

9. Observações

10

15) Data, local e Assinatura do Cargado/Orientado	21/11/2010	
16) Data, local e Assinatura do Cargado/Orientado	21/11/2010	
17) Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	21/11/2010	maiores de idade
18) Data, local e Carimbo da Empresa		