



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/2012

4-Data de Autorização
10/08/2013

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8291537

7-Data Validade da Santa
11/2/2015

475022
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202535151800000104

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
IVAN LUCAS RAMALHO

27/07/1990

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
THAYNA KELLEN GONCALVES ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA ODONTOLOGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME

18-Número no CRO
53702

19-UF
SP

20-Código CBO S
01

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
115688540800
22-Nome do Contratado Executante
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

23-Número no CRO
53702

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

27-Número no CRO
53702

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guosa	42-Assinatura
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,00			08/03/2012		Shane
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36	10,00			08/03/2012		Shane
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36	10,00			08/03/2012		Shane
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36	10,00			08/03/2012		Shane
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36	10,00			08/03/2012		Shane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão 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
47-Valor Total R\$
48-Tot Franchia / Co-participação R\$

49-Observação

Dr. Ligia Thirza Jorjão

Dr. Ligia Thirza Jorjão

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável