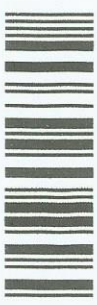




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 12/12/01	4-Data de Autorização 10/3/11 12/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109231	7-Data Validade da Senha 10/2/11 03/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

432352
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1010210253128264000000103	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome WALLISSON JONATHAN VOLP	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RAIANE PINHEIRO LOPES
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RV ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S 025
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10161311214686017111	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CRO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/11/2010		
2-000	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/11/2010		
3-000	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/11/2010		
4-000	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/11/2010		
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11 20/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 20/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 20/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	--	--	--	---

Ana Carolina Dias
Odontolife
39372