



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/12/10	4-Data de Autorização 10/07/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8117640	7-Data Validade da Senha 10/04/10 03/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010202012153338290000011011	9-Plano 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 CARMEN LUCIA FILETO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARMEN LUCIA FILETO
--------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132938498810	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	18-Número no CRO 41157
	19-UF MG
	20-Código CBO S 025 -
	23-Número no CRO 41157
	24-UF MG
	25-Código CNES
	26-Código CBO S
	29-UF MG
	29-Código CBO S
	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentex Regiço	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	01	821000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	73,10	0,00	11,07	11/11/10	10/11/10		
2-0	01	821000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37	1	73,10	0,00	11,07	11/11/10	10/11/10		
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 1146,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
49-Observação					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/10	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Carmen Lucia Fileto	54-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/10	55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 10/11/10	56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 10/11/10

CEOL Serviços Odontológicos S. S. Ltda
11474 706 000 165