



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão do Guia 13/01/12 12/01 4-Carta de Autorização 18/01/12 11/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8168995 7-Data Validade da Sentença 13/01/13 11/21

446514
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253431180000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEONICE DA SILVA OLIVEIRA 14-Teléfono 27/01/2000 15-Nome do titular do plano LEONICE DA SILVA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO 18-Número no CRO 41157 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13293849810 22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO 23-Número no CRO 41157 24-UF MG 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO 27-Número no CRO 41157 28-UF MG 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30c-Tab-ala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Tipo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	81000065			1	34,00	0,00			18/01/21		Leonice
2-0	0	85300047			1	16,00	0,00			18/01/21		Leonice
3-0	0	85300047			1	16,00	0,00			18/01/21		Leonice
4-0	0	85300047			1	16,00	0,00			18/01/21		Leonice
5-0	0	85300047			1	16,00	0,00			18/01/21		Leonice
6-0	0	85100200			1	8,00	0,00			18/01/21		Leonice
7-0	0	85100200			1	8,00	0,00			18/01/21		Leonice
8-0	0	85100200			1	8,00	0,00			18/01/21		Leonice
9-0	0	85100196			1	16,00	0,00			18/01/21		Leonice
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término de 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 503,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Observação 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/21 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Leonice da Silva Oliveira 18/01/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Leonice da Silva Oliveira 18/01/21 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Leonice da Silva Oliveira 18/01/21 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Leonice da Silva Oliveira 18/01/21