



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 5/12/11 4-Data de Autorização 10/3/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8631883 7-Data Validade da Senha 12/4/10 18/12/11

564459 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 1 2 5 3 8 0 4 2 8 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

13-Nome SILVIA TATIELE RODRIGUES GONCALVES

08/10/1991

14-Telefone

15-Nome do titular do plano SILVIA TATIELE RODRIGUES GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA

18-Número no CRO 38839

19-UF MG

20-Código CBO S 06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

23-Número no CRO 38839

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

27-Número no CRO 38839

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	1	13 4 10 10					
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	1	13 6 10 10					
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
3-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	1	13 6 10 10					
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
4-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	1	13 6 10 10					
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
5-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	1	13 6 10 10					
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 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

55-F. Marques 56-F. Marques 57-F. Marques 58-F. Marques 59-F. Marques 60-F. Marques 61-F. Marques 62-F. Marques 63-F. Marques 64-F. Marques 65-F. Marques 66-F. Marques 67-F. Marques 68-F. Marques 69-F. Marques 70-F. Marques 71-F. Marques 72-F. Marques 73-F. Marques 74-F. Marques 75-F. Marques 76-F. Marques 77-F. Marques 78-F. Marques 79-F. Marques 80-F. Marques 81-F. Marques 82-F. Marques 83-F. Marques 84-F. Marques 85-F. Marques 86-F. Marques 87-F. Marques 88-F. Marques 89-F. Marques 90-F. Marques 91-F. Marques 92-F. Marques 93-F. Marques 94-F. Marques 95-F. Marques 96-F. Marques 97-F. Marques 98-F. Marques 99-F. Marques 100-F. Marques