



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 1 / 2 0 1 2	4-Data de Autorização 1 9 / 1 0 / 1 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8167582	7-Data Validade da Senha 12 8 / 1 0 / 3 1 / 2 1 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

446079
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0 0 2 1 0 2 5 3 4 0 4 4 4 0 0 0 0 0 1 0 2 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA MOURA DE CARVALHO	06/01/1970	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELCIÂNIO BARBOSA SOBRINHO	

16-Atendimento a RV 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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 3 2 9 3 8 4 9 8 8 1 0	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	23-Número no CRO 41157	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	27-Número no CRO 41157	28-UF MG	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
6-0	0	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7 3	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
7-0	0	EXODONTIA DE RAIZ		1	1	7 3	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
8-0	0	EXODONTIA DE RAIZ		1	1	7 3	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
9-0	0	EXODONTIA DE RAIZ		1	1	7 3	0 0	0 0	1	18	01/12/11	
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2011	54-Serviços Odontológicos S.S. Ltda 21.474.706/000165
---	---	---	---	--