



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/17/12/10	4-Data de Autorização 12/8/10/17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7737262	7-Data Validade da Senha 12/5/11/10/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/0/2/10/12/5/3/0/6/3/0/1/1/0/0/0/0/1/0/1/1	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1/1	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/11/13/5/7/4/2/8/5/5/1/1/1	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Número no CRO 122986	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1,0 10	10,10 10		1	10/10/11/20/20		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1,0 10	10,10 10		1	10/10/11/20/20		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1,0 10	10,10 10		1	10/10/11/20/20		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1,0 10	10,10 10		1	10/10/11/20/20		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/10/11/20
--	--	--	--