

8-Numero da Carteira
10102101215306301100010101101031

9-Fruto
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
1111/1111/1111

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PEDRO ROMANO DOS SANTOS

24/05/2009

15-Nome do titular do plano
NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

18-Numero no CRO
122986

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3111357428551111

22-Nome do Contratado Executante
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

23-Numero no CRO
122986

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

27-Numero 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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010181511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	161,00	10,00		SI	11/16/10		
2-1111111111111111												
3-1111111111111111												
4-1111111111111111												
5-1111111111111111												
6-1111111111111111												
7-1111111111111111												
8-1111111111111111												
9-1111111111111111												
10-1111111111111111												
11-1111111111111111												
12-1111111111111111												
13-1111111111111111												
14-1111111111111111												
15-1111111111111111												

43-Data Prescrição Término do 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											
161,00											
47-Valor Total R\$											
10,00											
48-Total Franquia / Co-participação R\$											

43-Data Previsto Término do 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
161,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
Fechamento do cons. Ro no sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/6/11/10/1010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/6/11/10/1010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/6/11/10/1010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/6/11/10/1010

Drª Gisele Cristina Kimura IUASSACA
Cirurgiã Dentista
CROSP 122986