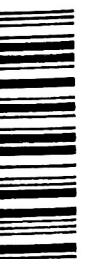


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



1-Documento ANS 406414	
3-Dia de Emissão da Cua 2 4 // 0 8 // 2 3	
4-Dia de Autenticação 0 1 // 0 9 // 2 3	
5-Série AUTORIZADO	
6-Número da Guia Principal 11596762	
7-Cota Variável ou Certa 1 2 // 1 1 // 2 3	
8-Código INTERCÂMBIO	

0	0	2	0	2	5	5	2	6	5	9	9	0	0	0	0	0	0	1	0	1
POS REDE PRESTADORA																				
9-Empresa																				
DENTAL UNI COOPERATIVA																				
11-Dia Validade da Carteira																				
17-Ze/h/mo 00 Cartão validade em meses																				

[illegible]

025 -		Faturar Empresa	
20-Código CBO S	19-UF	18-Inúmero no CBO	17-Nome do Professor Solicitante
	SP	122697	MOACIR TAVARES
25-Código CNES	24-UF	23-Inúmero no CBO	
02 - Atendendo a RM			
N			

22-Nome do Contribuinte Enquadrado	22-Nome do Contribuinte Enquadrado	
MOACIR TAVARES	MOACIR TAVARES	
23-Valor em Operações / CNPJ / CPF	23-Valor em Operações / CNPJ / CPF	23-Valor em Operações / CNPJ / CPF
0 1 1 4 9 4 6 0 0 0 8	0 1 1 4 9 4 6 0 0 0 8	0 1 1 4 9 4 6 0 0 0 8
27-Número no CRO	27-Número no CRO	27-Número no CRO
122697	122697	122697
28-UF	28-UF	28-UF
SP	SP	SP
29-Código CBO S	29-Código CBO S	29-Código CBO S

122697	SP	19. Jul	40-03a de Realização	41 - Morro da Graça 72 - Alemanha
--------	----	---------	----------------------	-----------------------------------

Item de Trabalho e / Procedimento Sordoback	33-Dente/Relevo	34-Face	35-Old	36-Quadrante US	37-Valor
36-Franquia/Compensação	1	1	1	1	1

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

4. 

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

[illegible][illegible][illegible]

☐ Tratamento Odonológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urologia Emergência

[illegible][illegible]

Favor assinar na produção final da obra adaptada.

Assinatura

Data total e Assinatura do Beneficiário Responsável

Assinatura

5-1-Dados sobre a assinatura no C-emprego: 

10	10	123	
----	----	-----	--