



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

354684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	3-Data de Autorização 13/10/2018	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7777523	6-Data Validade da Guia 09/11/2018
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 000202530578700000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira 11/11/18	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome FLAVIO DOS SANTOS LIRA					
13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 05/08/1985					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do Músculo do plano FLAVIO DOS SANTOS LIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	18-Número no CRQ 100301	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Data de Emissão da Guia 11/10/2018
22-Código de Operadora / CNPJ / CPF 369116832810	23-Nome do Contratado Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	24-Número no CRQ 100301	25-UF SP	26-Código CNES 025 -	27-Data de Emissão da Guia 11/10/2018
28-Nome do Profissional Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	29-Número no CRQ 100301	30-UF SP	31-Código CBO S 025 -	32-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
33-Taboide 1-000852001140	34-Código do Procedimento TRATAMENTO ENDODONTICO	35-Quantidade US 15	36-Face 1	37-Valor 333,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00
39-Data de Realização 11/10/2018	40-Data de Realização 11/10/2018	41-Motivo da Guia 025 -	42-Data de Realização 11/10/2018	43-Data de Realização 11/10/2018	44-Data de Realização 11/10/2018
45-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/2018					
46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
48-Total Quantidade US 333,00					
49-Valor Total R\$ 0,00					
50-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
48-Observação					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2018 SP					
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2018 SP					
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2018 SP					
54-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
55-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
56-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
57-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
58-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
59-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
60-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
61-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
62-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
63-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
64-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
65-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
66-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
67-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
68-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
69-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
70-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
71-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
72-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
73-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
74-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
75-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
76-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
77-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
78-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
79-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
80-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
81-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
82-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
83-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
84-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
85-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
86-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
87-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
88-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
89-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
90-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
91-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
92-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
93-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
94-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
95-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
96-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
97-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
98-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
99-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					
100-Data, local e Assinatura do Médico de Empresa 11/10/2018 SP					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

347956
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão de Guia 12/07/10 17/12/01	3-Data de Autorização 13/07/10 17/12/01	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7745841	6-Data Validade da Guia 12/07/11 07/12/01
8-Plano de Contas 0002020215105506018437011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade do Contas 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DENISE DIAS DAS CHAGAS		14-Telefone 24/03/1974		15-Nome do titular do plano DENISE DIAS DAS CHAGAS	
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES		18-Atendimento no CRO 100301	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 31691163281011		22-Nome do Contratado Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES		23-Número no CRO 100301	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES		26-Número no CRO 100301		27-UF SP	28-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
29-Valor Total R\$ 0,00					
30-Valor Total R\$ 0,00					
31-Valor Total R\$ 0,00					
32-Valor Total R\$ 0,00					
33-Valor Total R\$ 0,00					
34-Valor Total R\$ 0,00					
35-Valor Total R\$ 0,00					
36-Valor Total R\$ 0,00					
37-Valor Total R\$ 0,00					
38-Valor Total R\$ 0,00					
39-Valor Total R\$ 0,00					
40-Valor Total R\$ 0,00					
41-Valor Total R\$ 0,00					
42-Valor Total R\$ 0,00					
43-Valor Total R\$ 0,00					
44-Valor Total R\$ 0,00					
45-Valor Total R\$ 0,00					
46-Valor Total R\$ 0,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Valor Total R\$ 0,00					
49-Valor Total R\$ 0,00					
50-Valor Total R\$ 0,00					
51-Valor Total R\$ 0,00					
52-Valor Total R\$ 0,00					
53-Valor Total R\$ 0,00					
54-Valor Total R\$ 0,00					
55-Valor Total R\$ 0,00					
56-Valor Total R\$ 0,00					
57-Valor Total R\$ 0,00					
58-Valor Total R\$ 0,00					
59-Valor Total R\$ 0,00					
60-Valor Total R\$ 0,00					
61-Valor Total R\$ 0,00					
62-Valor Total R\$ 0,00					
63-Valor Total R\$ 0,00					
64-Valor Total R\$ 0,00					
65-Valor Total R\$ 0,00					
66-Valor Total R\$ 0,00					
67-Valor Total R\$ 0,00					
68-Valor Total R\$ 0,00					
69-Valor Total R\$ 0,00					
70-Valor Total R\$ 0,00					
71-Valor Total R\$ 0,00					
72-Valor Total R\$ 0,00					
73-Valor Total R\$ 0,00					
74-Valor Total R\$ 0,00					
75-Valor Total R\$ 0,00					
76-Valor Total R\$ 0,00					
77-Valor Total R\$ 0,00					
78-Valor Total R\$ 0,00					
79-Valor Total R\$ 0,00					
80-Valor Total R\$ 0,00					
81-Valor Total R\$ 0,00					
82-Valor Total R\$ 0,00					
83-Valor Total R\$ 0,00					
84-Valor Total R\$ 0,00					
85-Valor Total R\$ 0,00					
86-Valor Total R\$ 0,00					
87-Valor Total R\$ 0,00					
88-Valor Total R\$ 0,00					
89-Valor Total R\$ 0,00					
90-Valor Total R\$ 0,00					
91-Valor Total R\$ 0,00					
92-Valor Total R\$ 0,00					
93-Valor Total R\$ 0,00					
94-Valor Total R\$ 0,00					
95-Valor Total R\$ 0,00					
96-Valor Total R\$ 0,00					
97-Valor Total R\$ 0,00					
98-Valor Total R\$ 0,00					
99-Valor Total R\$ 0,00					
100-Valor Total R\$ 0,00					

43-Data Prevista Término de Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Valor Total R\$
0,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Valor Total R\$
0,00

49-Valor Total R\$
0,00

50-Valor Total R\$
0,00

51-Valor Total R\$
0,00

52-Valor Total R\$
0,00

53-Valor Total R\$
0,00

54-Valor Total R\$
0,00

55-Valor Total R\$
0,00

56-Valor Total R\$
0,00

57-Valor Total R\$
0,00

58-Valor Total R\$
0,00

59-Valor Total R\$
0,00

60-Valor Total R\$
0,00

61-Valor Total R\$
0,00

62-Valor Total R\$
0,00

63-Valor Total R\$
0,00

64-Valor Total R\$
0,00

65-Valor Total R\$
0,00

66-Valor Total R\$
0,00

67-Valor Total R\$
0,00

68-Valor Total R\$
0,00

69-Valor Total R\$
0,00

70-Valor Total R\$
0,00

71-Valor Total R\$
0,00

72-Valor Total R\$
0,00

73-Valor Total R\$
0,00

74-Valor Total R\$
0,00

75-Valor Total R\$
0,00

76-Valor Total R\$
0,00

77-Valor Total R\$
0,00

78-Valor Total R\$
0,00

79-Valor Total R\$
0,00

80-Valor Total R\$
0,00

81-Valor Total R\$
0,00

82-Valor Total R\$
0,00

83-Valor Total R\$
0,00

84-Valor Total R\$
0,00

85-Valor Total R\$
0,00

86-Valor Total R\$
0,00

87-Valor Total R\$
0,00

88-Valor Total R\$
0,00

89-Valor Total R\$
0,00

90-Valor Total R\$
0,00

91-Valor Total R\$
0,00

92-Valor Total R\$
0,00

93-Valor Total R\$
0,00

94-Valor Total R\$
0,00

95-Valor Total R\$
0,00

96-Valor Total R\$
0,00

97-Valor Total R\$
0,00

98-Valor Total R\$
0,00

99-Valor Total R\$
0,00

100-Valor Total R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura:

60-Data, local e Assinatura do Operador/Contratado
09/10/2010 SP

61-Data, local e Assinatura do Contratado/Assistente
09/10/2010 SP

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
09/10/2010 Denise D. Chagas

63-Data, local e Carimbo da Empresa
09/10/2010 SP

64-Valor Total R\$
0,00

65-Valor Total R\$
0,00

66-Valor Total R\$
0,00

67-Valor Total R\$
0,00

68-Valor Total R\$
0,00

69-Valor Total R\$
0,00

70-Valor Total R\$
0,00

71-Valor Total R\$
0,00

72-Valor Total R\$
0,00

73-Valor Total R\$
0,00

74-Valor Total R\$
0,00

75-Valor Total R\$
0,00

76-Valor Total R\$
0,00

77-Valor Total R\$
0,00

78-Valor Total R\$
0,00

79-Valor Total R\$
0,00

80-Valor Total R\$
0,00

81-Valor Total R\$
0,00

82-Valor Total R\$
0,00

83-Valor Total R\$
0,00

84-Valor Total R\$
0,00

85-Valor Total R\$
0,00

86-Valor Total R\$
0,00

87-Valor Total R\$
0,00

88-Valor Total R\$
0,00

89-Valor Total R\$
0,00

90-Valor Total R\$
0,00

91-Valor Total R\$
0,00

92-Valor Total R\$
0,00

93-Valor Total R\$
0,00

94-Valor Total R\$
0,00

95-Valor Total R\$
0,00

96-Valor Total R\$
0,00

97-Valor Total R\$
0,00

98-Valor Total R\$
0,00

99-Valor Total R\$
0,00

100-Valor Total R\$
0,00



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

347950
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	2-Data de Emissão de Guia 22/07/2017	3-Data de Autorização 30/07/2017	4-Série AUTORIZADO	5-Nº da Guia Principal 7745823	6-Data Validade de Sanha 27/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020225105506018437011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DENISE DIAS DAS CHAGAS		14-Teléfono 24/03/1974	15-Nome do titular do plano DENISE DIAS DAS CHAGAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIervo CAMARGO NEVES	18-Número no CRO 100301	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 -	21-Data de Nascimento Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 369116632810	23-Nome do Contratado Responsável ALINE SIervo CAMARGO NEVES	24-Número no CRO 100301	25-UF SP	26-Código CBO 8 Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218	
Plano de Tratamento / Processamento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Cto
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-00081000200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	
3-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
4-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
5-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
6-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
7-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
8-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
9-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
10-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
11-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
12-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
13-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
14-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
15-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2017					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 244,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Faturado / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a sacar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2017 SP					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2017 SP					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2017 SP					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/2017 SP ODONTOLOGIA CNPJ: 19.189.248/0002-51					