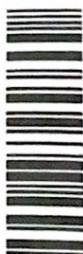


2-N

457304
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400614		3-Dados de Emissão de Guia 1 9 / 0 1 / 2 1		4-Dados de Autorização 1 2 1 0 / 0 1 / 2 1		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8211314		7-Dados de Validade da Série 1 9 / 0 1 / 2 1	
8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 1 2 5 1 0 8 2 8 3 8 0 0 0 1 0 1 2 1 0 1		9-Nome FELIPE CASTRO DA SILVA		10-Empresa COOPERATIVA DE CREDITO DE		11-Dados de Validade da Carteira 1 1 / 1 1 / 1 1		12-Número do Cartão Nacional da Saúde		457304 INTERCÂMBIO	
13-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 13-Atendimento em RN N		14-Nome do Profissional Educador JULIA BORGES SILVA		15-Número no CNO 138356		16-UF SP		17-Código CNO 8		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218	
18-Código da Operação / CNO / CPF 4 3 9 1 5 1 8 1 0 4 5 1 8 1 6 3		19-Nome do Contratado Educador JULIA BORGES SILVA		20-Número no CNO 138356		21-UF SP		22-Código CNEB			
23-Nome do Profissional Educador JULIA BORGES SILVA		24-Número no CNO 138356		25-UF SP		26-Código CNO 8					
27-Dados de Tratamento / Procedimentos Educacionais											

460922
INTERCÀMBIOFELIPE CASTRO DA SILVAF

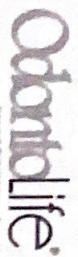
...minha conta

111

2-N

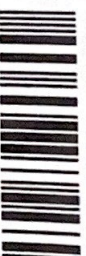


~~CRO SP: 138356~~



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



463097
INTERCÂMBIO

1. Registro ANVISA 406414	3. Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4. Data de Autenticação 12/18/10/11/21	5. Sessão AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8239185	7. Data Validade da Sessão 12/17/10/11/21
------------------------------	--	---	-------------------------	--	--

8. Nome do Paciente NATALI MADALENA EURIPEDES DE OLIVEIRA	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/11/11	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13. Nome NATALI MADALENA EURIPEDES DE OLIVEIRA	14. Telefone () - - - - -	15. Nome do Búlar do Plano NATALI MADALENA EURIPEDES DE OLIVEIRA	16. Assinatura a RV JULIA BORGES SILVA	17. Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18. Número no CRO 138356	19. UF SP	20. Código CBO 8 025 -	21. Faturar Empresa
22. Nome do Operador / CBO / CBO JULIA BORGES SILVA	23. Número no CRO 138356	24. UF SP	25. Código CBO 8 138356	26. UF SP	27. Código CBO 8 138356	28. UF SP	29. Código CBO 8 138356	30. UF SP

30. Tabela	31. Código de Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fases	35. Cód	36. Quantidade US	37. Valor	38. Frequência/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Guia	42. Assinatura
1	0,0,1,8,1,0,0,0,0,3,0,1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4,1,0,0,0	10,10,10					
2	0,0,1,8,4,0,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA, POLIMENTO	HASD	1	3,5,1,0,0,0	10,10,10						
3	0,0,1,8,4,0,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA, POLIMENTO	HASE	1	3,5,1,0,0,0	10,10,10						
4	0,0,1,8,4,0,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA, POLIMENTO	HAIE	1	3,5,1,0,0,0	10,10,10						
5	0,0,1,8,4,0,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA, POLIMENTO	HAID	1	3,5,1,0,0,0	10,10,10						
6	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
7	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
8	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
9	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
10	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
11	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
12	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
13	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
14	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											
15	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1											

43. Data Prescrição / Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Faturamento	46. Total Quantidade US	47. Valor Total R\$	48. Total Frequência / Co-participação R\$
11/11/11	1 - Tratamento Odontológico	1 - Geral	117,41,0,0	10,10,10	

Declaramos, 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 em contrato. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Assinatura

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/15/10/11/21

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/15/10/11/21

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/15/10/11/21

53. Data, local e Assinatura da Empresa
12/15/10/11/21

2-N⁺463992
INTERCÂMBIO

41- Motivo da Ciosa 42- Assinatura

[illegible]

21 Maria

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

E E E

E	E
E	E
E	E
E	E

E	E
E	E
E	E
E	E

三

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]40- Total Franquia / Co-participação R\$

Assistente e Arcar com os custos previstos em

--

1000

