

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
------	------	----------	----------	-----------	---------------	-------

359447	- IAGO PAES DE SOUSA (00202530532700000102)		19/08/2020	1130	0.3	R\$ 339,00
--------	---	--	------------	------	-----	------------

374632	- VALDECI DE JESUS GONCALVES (00202531117500000101)		14/09/2020	1425	0.3	R\$ 427,50
--------	---	--	------------	------	-----	------------

381210	- VICTOR LUCAS RIBEIRO MORAES (00202506065500077903)		22/09/2020	106	0.3	R\$ 31,80
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

383181	- CLAUDINEIA FIALHO GONCALVES (00202531117500000102)		25/09/2020	264	0.3	R\$ 79,20
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

383194	- JAYNE REGINA DE MORAIS (00202530344800000101)		25/09/2020	176	0.3	R\$ 52,80
--------	---	--	------------	-----	-----	-----------

399312	- EMANUEL HENRIQUE VIEIRA DA COSTA (00202528684200000102)		19/10/2020	737	0.3	R\$ 221,10
--------	---	--	------------	-----	-----	------------

400230	- NATALIA BRUNA BESSA BATISTA (00202531871100000101)		20/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

410677	- VICTOR LUCAS RIBEIRO MORAES (00202506065500077903)		03/11/2020	393	0.3	R\$ 117,90
--------	--	--	------------	-----	-----	------------

410714	- HUYARA FERREIRA JULIO (00202506065500218502)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

410719	- MARINA LUIZA RODRIGUES SOUZA (00202533213600000101)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	---	--	------------	-----	-----	-----------

410726	- INGRID TATIANA ALVES TEIXEIRA (00202511761200015401)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

410728	- MATEUS ALVES TEIXEIRA (00202511761200015404)		03/11/2020	106	0.3	R\$ 31,80
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

410732	- PEDRO ALVES TEIXEIRA (00202511761200015403)		03/11/2020	106	0.3	R\$ 31,80
--------	---	--	------------	-----	-----	-----------

414740	- JOAO FILIPE SILVEIRO DE SOUZA (00202532237200000101)		09/11/2020	569	0.3	R\$ 170,70
--------	--	--	------------	-----	-----	------------

415997	- LUCIANA RODRIGUES DE QUEIROZ (00202531257200000101)		10/11/2020	1492	0.3	R\$ 447,60
--------	---	--	------------	------	-----	------------

416041	- LUCIANA RODRIGUES DE QUEIROZ (00202531257200000101)		10/11/2020	247	0.3	R\$ 74,10
--------	---	--	------------	-----	-----	-----------

416071	- DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES (00202532718900000101)		10/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

416817	- MARDENY MARIA BARBOSA DE MORAES (00202532718900000102)		13/11/2020	140	0.3	R\$ 42,00
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

418627	- ANTONIO JORGE DE MORAES (00202532718900000103)		13/11/2020	140	0.3	R\$ 42,00
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

432211	- DARCY DOS SANTOS JUNIOR (00202511761200021101)		02/12/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	--	--	------------	-----	-----	-----------

437525	- LEANDRA APARECIDA ALVES DE SOUZA (00202533461600000101)		09/12/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	---	--	------------	-----	-----	-----------

440025	- HENDERSON DIAS DE OLIVEIRA (40641400724100000201)		14/12/2020	174	0.3	R\$ 52,20
--------	---	--	------------	-----	-----	-----------

Totalizador						8423
-------------	--	--	--	--	--	------

Nº de USOs:						22
-------------	--	--	--	--	--	----

Valor:						R\$ 2.526,90
--------	--	--	--	--	--	--------------

Totalizador da Operadora						8423
--------------------------	--	--	--	--	--	------

Nº de USOs:						22
-------------	--	--	--	--	--	----

Valor:						R\$ 2.526,90
--------	--	--	--	--	--	--------------

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 04/01/2021 10:05

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	8423
N° de atendimentos:	22
Valor:	R\$ 2.526,90

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 04/01/2021 10:05



Dr. B. J.

92-Durán, Jorge
Albeiro Durán

Responsável

63-Daiz, local e Carinho da Empresa

2-N-

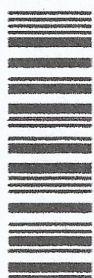


102 Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



383181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dados de Emissão da Guia
12/5/10/9/12/0

4-Dados de Autuação
13/0/10/9/12/0

5-Serção
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7906116

7-Dados Validade da Serção
12/4/11/12/10

8-Dados do Beneficiário

9-Nome do Beneficiário
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dados Validade da Serção
VALDECI DE JESUS GONCALVES

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CLAUDINEIA FALHO GONCALVES

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
VALDECI DE JESUS GONCALVES

16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO
48299

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11010633781655

22-Nome do Contratado Exequante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO
48299

24-UF
MG

25-Código CNES
0185100200

26-Código CBO S
0185100200

27-Nome do Profissional Exequente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

28-Número no CRO
48299

29-UF
MG

30-Código CNES
0185100200

31-Código CBO S
0185100200

32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela

34-Código do Procedimento

35-Descrição

36-Dentifregio

37-Fase

38-Qtd

39-Quantidade US

40-Valor

41-Frequência/Participação R\$

42-Aut

43-Dados de Realização

44-Motivo da Guia 45-Descrição

46-1-0

47-8

48-5

49-1

50-0

51-2

52-0

53-0

54-0

55-0

56-0

57-0

58-0

59-0

60-0

61-0

62-0

63-0

64-0

65-0

66-0

67-0

68-0

69-0

70-0

71-0

72-0

73-0

74-0

75-0

76-0

77-0

78-0

79-0

80-0

81-0

82-0

83-0

84-0

85-0

86-0

87-0

88-0

89-0

90-0

91-0

92-0

93-0

94-0

95-0

96-0

97-0

98-0

99-0

100-0

101-0

102-0

103-0

104-0

105-0

106-0

107-0

108-0

109-0

110-0

111-0

112-0

113-0

114-0

115-0

116-0

117-0

118-0

119-0

120-0

121-0

122-0

123-0

124-0

125-0

126-0

127-0

128-0

129-0

130-0

131-0

132-0

133-0

134-0

135-0

136-0

137-0

138-0

139-0

140-0

141-0

142-0

143-0

144-0

145-0

146-0

147-0

148-0

149-0

150-0

151-0

152-0

153-0

154-0

155-0

156-0

157-0

158-0

159-0

160-0

161-0

162-0

163-0

164-0

165-0

166-0

167-0

168-0

169-0

170-0

171-0

172-0

173-0

174-0

175-0

176-0

177-0

178-0

179-0

180-0

181-0

182-0

183-0

184-0

185-0

186-0

187-0

188-0

189-0

190-0

191-0

192-0

193-0

194-0

195-0

196-0

197-0

198-0

199-0

200-0

201-0

202-0

203-0

204-0

205-0

206-0

207-0

208-0

209-0

210-0

211-0

212-0

213-0

214-0

215-0

216-0

217-0

218-0

219-0

220-0

221-0

222-0

223-0

224-0

225-0

226-0

227-0

228-0

229-0

230-0

231-0

232-0

233-0

234-0

235-0

236-0

237-0

238-0

239-0

240-0

241-0

242-0

243-0

244-0

245-0

246-0

247-0

248-0

249-0

250-0

251-0

252-0

253-0

254-0

255-0

256-0

257-0

258-0

259-0

260-0

261-0

262-0

263-0

264-0

265-0

266-0

267-0

268-0

269-0

270-0

271-0

272-0

273-0

274-0

275-0

276-0

277-0

278-0

279-0

280-0

281-0

282-0

283-0

284-0

285-0

286-0

287-0

288-0

289-0

290-0

291-0

292-0

293-0

294-0

295-0

296-0

297-0

298-0

299-0

300-0

301-0

302-0

303-0

304-0

305-0

306-0

307-0

308-0

309-0

310-0

311-0

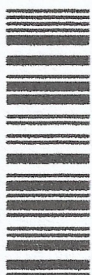
312-0

313-0

314-0

315-0

2-N-



1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets. The second step is to analyze the data. The third step is to develop a plan. The fourth step is to implement the plan. The fifth step is to evaluate the results.

Author	Year	Sample size	Study design
Wong et al.	2002	100	Case-control
Wong et al.	2003	100	Case-control
Wong et al.	2004	100	Case-control
Wong et al.	2005	100	Case-control
Wong et al.	2006	100	Case-control
Wong et al.	2007	100	Case-control
Wong et al.	2008	100	Case-control
Wong et al.	2009	100	Case-control
Wong et al.	2010	100	Case-control
Wong et al.	2011	100	Case-control
Wong et al.	2012	100	Case-control
Wong et al.	2013	100	Case-control
Wong et al.	2014	100	Case-control
Wong et al.	2015	100	Case-control
Wong et al.	2016	100	Case-control
Wong et al.	2017	100	Case-control
Wong et al.	2018	100	Case-control
Wong et al.	2019	100	Case-control
Wong et al.	2020	100	Case-control
Wong et al.	2021	100	Case-control
Wong et al.	2022	100	Case-control
Wong et al.	2023	100	Case-control
Wong et al.	2024	100	Case-control
Wong et al.	2025	100	Case-control

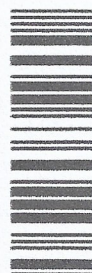
11/11/11

(Signature)

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

of an individual's involvement in the study, the National Commission on the Protection of Human Subjects of Research (1979) has

2-N-

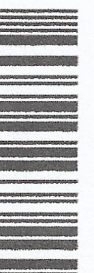
[illegible]



TRANSLADAR PARA OVA 3401

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



416071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11/210	4-Data de Autoliquidação 11/31/11/210	6-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8040616	7-Data Vencimento da Guia 10/8/10/12/11
8-Número da Carteira 0101201253217189000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES	23/02/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CRO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100063378655	22-Nome do Contratado Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CRO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-10081000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Diagnóstico 11	34-Fee 11	35-Cid 11	36-Quantidade US 34,00
2-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
3-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
4-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
5-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
6-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
7-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
8-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
9-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
10-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
11-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
12-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
13-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
14-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
15-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
16-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
17-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
18-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
19-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
20-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
21-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
22-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
23-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
24-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
25-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
26-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
27-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
28-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
29-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
30-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
31-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
32-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
33-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
34-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
35-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
36-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
37-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
38-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
39-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
40-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
41-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
42-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
43-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
44-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
45-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
46-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
47-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
48-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
49-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
50-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
51-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
52-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
53-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
54-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
55-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
56-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
57-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
58-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
59-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
60-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
61-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
62-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
63-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
64-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
65-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
66-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
67-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
68-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
69-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
70-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
71-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
72-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
73-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
74-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
75-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
76-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
77-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
78-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
79-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
80-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
81-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
82-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
83-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
84-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
85-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
86-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
87-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
88-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
89-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
90-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
91-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
92-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
93-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
94-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
95-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
96-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
97-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
98-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
99-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00
100-100840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	11	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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), (foram realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

40-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11/210

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11/210

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11/210

53-Data, local e Assinatura da Empresa

11/11/11/210

Dr. Barbara Ribeiro Linhares
Cirurgiã Dentista
C.R.O. 48299



1-Registro AOS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 13/06/1986 4-Código de Automação 1161111201 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8051906 7-Dia Validade da Guia 11/01/2011 418627 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1002025327189000000103 9-Função POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/01/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIO JORGE DE MORAES 13/06/1986 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a BN 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES 18-Número no CRO 48299 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100063378655 22-Nome do Contratado Específico BARBARA RIBEIRO LINHARES 23-Número no CRO 48299 24-UF MG 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Específico BARBARA RIBEIRO LINHARES 27-Número no CRO 48299 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	84000198										
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3,5,0,0						
2-0	0	84000198										
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3,5,0,0						
3-0	0	84000198										
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		3,5,0,0						
4-0	0	84000198										
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAE	1		3,5,0,0						
5-0	0	84000198										
6-0	0	84000198										
7-0	0	84000198										
8-0	0	84000198										
9-0	0	84000198										
10-0	0	84000198										
11-0	0	84000198										
12-0	0	84000198										
13-0	0	84000198										
14-0	0	84000198										
15-0	0	84000198										

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Exame Radiológico 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

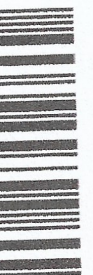
49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



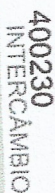
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



418617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11/12/0	4-Data de Autuação 11/6/11/12/0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051832	7-Data Válida da Série 11/1/012/12/1
8-Planos de Benefício 0002025327189000001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/1/11/12/0	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARDENY MARIA BARBOSA DE MORAES	18/06/1968	14-Telefone (11) 48299	15-Nome do titular do plano DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 11001633788655
22-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CINES	26-Código CBO S	
27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S			
30-Tabela 1-00840100198 2-010840100198 3-010840100198 4-010840100198 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	31-Código do Procedimento 32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO PROFILAXIA: POLIMENTO PROFILAXIA: POLIMENTO PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dentista HASD HASE HAID HAIE	34-Fee 1 1 1 1	35-Qtde 35 35 35 35	36-Valor 0,00 0,00 0,00 0,00
37-Valor 0,00	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut S	40-Data de Realização	41-Mofo da Guia	42-Assinatura
43-Data Fim do Tratamento 11/1/11/12/0	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / Co-participação R\$
Declaração: 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. Declaram, 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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/7/11/12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/7/11/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/7/11/12/0	53-Data, local e Assinatura da Empresa		



60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2012 [Assinatura]

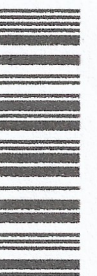
64 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

C/Alameda, 110 - 1.º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ
 CEP: 20040-000
 Fone: (21) 250-0000
 Fax: (21) 250-0000
 E-mail: contabilidade@abn.com.br
 Site: www.abn.com.br

63-Data, local e Carimbo da Empresa	____/____/____
-------------------------------------	----------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



410732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 10/3/11 11/2/10 4-Carte de Autuação 11/9/11 11/2/10 6-Senha AUTORIZADO 8-Número da Guia Principal 8019376 7-Data Válida da Guia 10/1/10 12/12/11

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/1/1/7/6/1/2/0/0/1/5/4/0/3/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE 11-Data Válida da Carteira 10/1/10 12/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PEDRO ALVES TEIXEIRA 14-Telefone 19/01/2016 15-Nome do titular do plano INGRID TATIANA ALVES TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES 18-Atendimento a RN 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11006131786515 22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES 23-Número no CRO 48299 24-UF MG 25-Código CNES 26-Atome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES 27-Número no CRO 48299 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registo	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Atendimento Emergencial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 106,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 obrigações 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.

49-Observação

Dr. Barbara Ribeiro

Dr. Barbara Ribeiro

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

10/01/11 11/01/10

10/01/11 11/01/10

10/01/11 11/01/10

10/01/11 11/01/10

10/01/11 11/01/10

10/01/11 11/01/10

10/01/11 11/01/10



Realização para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



410728
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/3/11/11/20	4-Carte de Autorização 119/11/11/20	6-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8019371	7-Cópia Validada da Senha 101/10/12/11
---------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

2-Nome do Beneficiário MATEUS ALVES TEIXEIRA	3-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Dados Validados da Senha 101/10/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Data de Nascimento 16/01/2018	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano INGRID TATIANA ALVES TEIXEIRA
-------------------------------------	--------------------	--

16-Adiantamento a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CRO S
21-Código na Operadora / ONP / CPF 110063378655	22-Nome do Contratado Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excedente BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CRO S	30-Valor 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimento / Solicitação		32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Figado	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Molho da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4	0 0			5	2 9	11/11/20
2-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0			1	7 2	0 0			5	2 0	11/11/20
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
16-0												

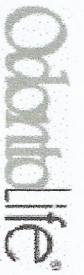
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 1 0 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), (reforam 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, conforme estabelecido no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Responsável 24/11/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11/20
--	---	---	---

Barbara Ribeiro Linhares 48299



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



416041
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/01/11 11/210	4-Código de Autenticação 12511111210	5-Série AUTORIZADO	6-Telefone 8040483	7-Dia Validade da Guia 08/02/11
--------------------------	---	---	-----------------------	-----------------------	------------------------------------

8-Número da Carteira 10102102153112517210101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/01/11	12-Motivo do Caso Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------

13-Nome LUCIANA RODRIGUES DE QUEIROZ	13/02/1972	14-1º Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano LUCIANA RODRIGUES DE QUEIROZ
---	------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a R/R BARBARA RIBEIRO LINHARES	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CRO S 025
---	---	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ / CEP) 11010613378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00					
2-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00					
3-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00					
4-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00					
5-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00					
6-10	082000187	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7,30	0,00					
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
16-1												

43-Dia Fim 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 2147,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--------------------------	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11 11/210	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11 11/210	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 11/210	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/01/11 11/210
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

415997
INTERCÂMBIOFaturar Empresa

Enviar - RX	
(IF) 85200166-45	(I) 85100200
(IF) 85200166-34	(I) 85100200
(IF) 85200166-35	(I) 85100200

Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

63-Data, local e Carimbo da Empresa

90 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Dr. Bernardino Ribeiro Lima [02/01/11] 117
[02/01/11] 20 [02/01/11] 117
Cirurgião-Dentista: Dr. Bernardino Lima
C.R.O.M.G. 48.239 C.R.O.M.G. 48.239

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible][illegible]

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

49-Observer (pk)

Dr. P. P. P.

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Carimbo da Empresa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-dentista Solicitante
11/5/11 9/12 TC *Fordeira*

1-Data local e Assinatura do Cirurgião

511207 Mariana F. Juliano

63-Data, local e cainho da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



410677
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 10/3/11/1/2/0	4-Carte de Autorização 10/6/11/1/2/0	5-Será AUTORIZADO	6-Endereço da Guia Principal 8019206	7-Dados Válidos da Guia 10/1/0/12/1/1
8-Endereço do Beneficiário 10/0/2/0/2/5/0/6/0/6/5/5/0/0/0/7/7/9/0/3			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Dados Válidos da Guia 1/1/1/1/1/1
13-Nome VICTOR LUCAS RIBEIRO MORAES			16/09/2008	14-Telefone (1311) 10101010101311	15-Nome do titular do plano ROGERIO RESENDE MORAES

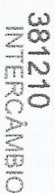
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100633786515111	22-Nome do Contratado Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES
23-Nome do Profissional Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES	24-Endereço 48299
25-Endereço 48299	26-Endereço 48299
27-Endereço 48299	28-Endereço 48299
29-Endereço 48299	30-Endereço 48299
31-Endereço 48299	32-Endereço 48299
33-Endereço 48299	34-Endereço 48299
35-Endereço 48299	36-Endereço 48299
37-Endereço 48299	38-Endereço 48299
39-Endereço 48299	40-Endereço 48299
41-Endereço 48299	42-Endereço 48299
43-Endereço 48299	44-Endereço 48299
45-Endereço 48299	46-Endereço 48299
47-Endereço 48299	48-Endereço 48299
49-Endereço 48299	50-Endereço 48299
51-Endereço 48299	52-Endereço 48299
53-Endereço 48299	54-Endereço 48299
55-Endereço 48299	56-Endereço 48299
57-Endereço 48299	58-Endereço 48299
59-Endereço 48299	60-Endereço 48299
61-Endereço 48299	62-Endereço 48299
63-Endereço 48299	64-Endereço 48299
65-Endereço 48299	66-Endereço 48299
67-Endereço 48299	68-Endereço 48299
69-Endereço 48299	70-Endereço 48299
71-Endereço 48299	72-Endereço 48299
73-Endereço 48299	74-Endereço 48299
75-Endereço 48299	76-Endereço 48299
77-Endereço 48299	78-Endereço 48299
79-Endereço 48299	80-Endereço 48299
81-Endereço 48299	82-Endereço 48299
83-Endereço 48299	84-Endereço 48299
85-Endereço 48299	86-Endereço 48299
87-Endereço 48299	88-Endereço 48299
89-Endereço 48299	90-Endereço 48299
91-Endereço 48299	92-Endereço 48299
93-Endereço 48299	94-Endereço 48299
95-Endereço 48299	96-Endereço 48299
97-Endereço 48299	98-Endereço 48299
99-Endereço 48299	100-Endereço 48299

30-Atividade 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fígado	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Caixa de Realização	41-Molho da Gloriosa	42-Assinatura
1-000	8511001200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	11	881000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	D	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	D	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	D	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-000	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	11	161100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

43-Dados Previsão do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Exame Radiológico	48-Exame Radiológico	49-Exame Radiológico	50-Exame Radiológico	51-Exame Radiológico	52-Exame Radiológico	53-Exame Radiológico	54-Exame Radiológico	55-Exame Radiológico	56-Exame Radiológico	57-Exame Radiológico	58-Exame Radiológico	59-Exame Radiológico	60-Exame Radiológico	61-Exame Radiológico	62-Exame Radiológico	63-Exame Radiológico	64-Exame Radiológico	65-Exame Radiológico	66-Exame Radiológico	67-Exame Radiológico	68-Exame Radiológico	69-Exame Radiológico	70-Exame Radiológico	71-Exame Radiológico	72-Exame Radiológico	73-Exame Radiológico	74-Exame Radiológico	75-Exame Radiológico	76-Exame Radiológico	77-Exame Radiológico	78-Exame Radiológico	79-Exame Radiológico	80-Exame Radiológico	81-Exame Radiológico	82-Exame Radiológico	83-Exame Radiológico	84-Exame Radiológico	85-Exame Radiológico	86-Exame Radiológico	87-Exame Radiológico	88-Exame Radiológico	89-Exame Radiológico	90-Exame Radiológico	91-Exame Radiológico	92-Exame Radiológico	93-Exame Radiológico	94-Exame Radiológico	95-Exame Radiológico	96-Exame Radiológico	97-Exame Radiológico	98-Exame Radiológico	99-Exame Radiológico	100-Exame Radiológico
---------------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------



2-N-2

381210
INTERCÂMBIO

úch

Journal of Management Inquiry 22(1) 3-16
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1056492613500901
<http://jmi.sagepub.com>

41 - Mollivo da Gioia[illegible]

1. $\frac{1}{2} \times \frac{3}{4} = \frac{1 \times 3}{2 \times 4} = \frac{3}{8}$	2. $\frac{2}{3} \times \frac{5}{6} = \frac{2 \times 5}{3 \times 6} = \frac{10}{18} = \frac{5}{9}$
3. $\frac{3}{5} \times \frac{4}{7} = \frac{3 \times 4}{5 \times 7} = \frac{12}{35}$	4. $\frac{4}{6} \times \frac{5}{8} = \frac{4 \times 5}{6 \times 8} = \frac{20}{48} = \frac{5}{12}$
5. $\frac{5}{7} \times \frac{6}{9} = \frac{5 \times 6}{7 \times 9} = \frac{30}{63} = \frac{10}{21}$	6. $\frac{6}{8} \times \frac{7}{10} = \frac{6 \times 7}{8 \times 10} = \frac{42}{80} = \frac{21}{40}$
7. $\frac{7}{9} \times \frac{8}{11} = \frac{7 \times 8}{9 \times 11} = \frac{56}{99}$	8. $\frac{8}{10} \times \frac{9}{12} = \frac{8 \times 9}{10 \times 12} = \frac{72}{120} = \frac{3}{5}$
9. $\frac{9}{11} \times \frac{10}{13} = \frac{9 \times 10}{11 \times 13} = \frac{90}{143}$	10. $\frac{10}{12} \times \frac{11}{14} = \frac{10 \times 11}{12 \times 14} = \frac{110}{168} = \frac{55}{84}$

[illegible]

1. $\frac{1}{2}$

2. $\frac{1}{3}$

3. $\frac{1}{4}$

4. $\frac{1}{5}$

5. $\frac{1}{6}$

6. $\frac{1}{7}$

7. $\frac{1}{8}$

8. $\frac{1}{9}$

9. $\frac{1}{10}$

10. $\frac{1}{11}$

11. $\frac{1}{12}$

12. $\frac{1}{13}$

13. $\frac{1}{14}$

14. $\frac{1}{15}$

15. $\frac{1}{16}$

16. $\frac{1}{17}$

17. $\frac{1}{18}$

18. $\frac{1}{19}$

19. $\frac{1}{20}$

20. $\frac{1}{21}$

21. $\frac{1}{22}$

22. $\frac{1}{23}$

23. $\frac{1}{24}$

24. $\frac{1}{25}$

25. $\frac{1}{26}$

26. $\frac{1}{27}$

27. $\frac{1}{28}$

28. $\frac{1}{29}$

29. $\frac{1}{30}$

30. $\frac{1}{31}$

31. $\frac{1}{32}$

32. $\frac{1}{33}$

33. $\frac{1}{34}$

34. $\frac{1}{35}$

35. $\frac{1}{36}$

36. $\frac{1}{37}$

37. $\frac{1}{38}$

38. $\frac{1}{39}$

39. $\frac{1}{40}$

40. $\frac{1}{41}$

41. $\frac{1}{42}$

42. $\frac{1}{43}$

43. $\frac{1}{44}$

44. $\frac{1}{45}$

45. $\frac{1}{46}$

46. $\frac{1}{47}$

47. $\frac{1}{48}$

48. $\frac{1}{49}$

49. $\frac{1}{50}$

50. $\frac{1}{51}$

51. $\frac{1}{52}$

52. $\frac{1}{53}$

53. $\frac{1}{54}$

54. $\frac{1}{55}$

55. $\frac{1}{56}$

56. $\frac{1}{57}$

57. $\frac{1}{58}$

58. $\frac{1}{59}$

59. $\frac{1}{60}$

60. $\frac{1}{61}$

61. $\frac{1}{62}$

62. $\frac{1}{63}$

63. $\frac{1}{64}$

64. $\frac{1}{65}$

65. $\frac{1}{66}$

66. $\frac{1}{67}$

67. $\frac{1}{68}$

68. $\frac{1}{69}$

69. $\frac{1}{70}$

70. $\frac{1}{71}$

71. $\frac{1}{72}$

72. $\frac{1}{73}$

73. $\frac{1}{74}$

74. $\frac{1}{75}$

75. $\frac{1}{76}$

76. $\frac{1}{77}$

77. $\frac{1}{78}$

78. $\frac{1}{79}$

79. $\frac{1}{80}$

80. $\frac{1}{81}$

81. $\frac{1}{82}$

82. $\frac{1}{83}$

83. $\frac{1}{84}$

84. $\frac{1}{85}$

85. $\frac{1}{86}$

86. $\frac{1}{87}$

87. $\frac{1}{88}$

88. $\frac{1}{89}$

89. $\frac{1}{90}$

90. $\frac{1}{91}$

91. $\frac{1}{92}$

92. $\frac{1}{93}$

93. $\frac{1}{94}$

94. $\frac{1}{95}$

95. $\frac{1}{96}$

96. $\frac{1}{97}$

97. $\frac{1}{98}$

98. $\frac{1}{99}$

99. $\frac{1}{100}$

100. $\frac{1}{101}$

101. $\frac{1}{102}$

102. $\frac{1}{103}$

103. $\frac{1}{104}$

104. $\frac{1}{105}$

105. $\frac{1}{106}$

106. $\frac{1}{107}$

107. $\frac{1}{108}$

108. $\frac{1}{109}$

109. $\frac{1}{110}$

110. $\frac{1}{111}$

111. $\frac{1}{112}$

112. $\frac{1}{113}$

113. $\frac{1}{114}$

114. $\frac{1}{115}$

115. $\frac{1}{116}$

116. $\frac{1}{117}$

117. $\frac{1}{118}$

118. $\frac{1}{119}$

119. $\frac{1}{120}$

120. $\frac{1}{121}$

121. $\frac{1}{122}$

122. $\frac{1}{123}$

123. $\frac{1}{124}$

124. $\frac{1}{125}$

125. $\frac{1}{126}$

126. $\frac{1}{127}$

127. $\frac{1}{128}$

128. $\frac{1}{129}$

129. $\frac{1}{130}$

130. $\frac{1}{131}$

131. $\frac{1}{132}$

132. $\frac{1}{133}$

133. $\frac{1}{134}$

134. $\frac{1}{135}$

135. $\frac{1}{136}$

136. $\frac{1}{137}$

137. $\frac{1}{138}$

138. $\frac{1}{139}$

139. $\frac{1}{140}$

140. $\frac{1}{141}$

141. $\frac{1}{142}$

142. $\frac{1}{143}$

143. $\frac{1}{144}$

144. $\frac{1}{145}$

145. $\frac{1}{146}$

146. $\frac{1}{147}$

147. $\frac{1}{148}$

148. $\frac{1}{149}$

149. $\frac{1}{150}$

150. $\frac{1}{151}$

151. $\frac{1}{152}$

152. $\frac{1}{153}$

153. $\frac{1}{154}$

154. $\frac{1}{155}$

155. $\frac{1}{156}$

156. $\frac{1}{157}$

157. $\frac{1}{158}$

158. $\frac{1}{159}$

159. $\frac{1}{160}$

160. $\frac{1}{1$

[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. The first step in the process is to identify the problem or goal. This involves understanding the current situation and what needs to be achieved.

2. The second step is to gather information. This includes researching the problem, identifying stakeholders, and collecting relevant data.

3. The third step is to analyze the information. This involves identifying the root causes of the problem and evaluating the available options.

4. The fourth step is to develop a plan. This includes setting priorities, allocating resources, and determining the timeline for implementation.

5. The fifth step is to implement the plan. This involves putting the plan into action and monitoring progress.

6. The sixth step is to evaluate the results. This involves assessing the effectiveness of the plan and identifying areas for improvement.

7. The seventh step is to communicate the results. This involves sharing the findings with stakeholders and providing feedback.

8. The eighth step is to document the process. This involves creating a record of the steps taken and the results achieved.

9. The ninth step is to review the process. This involves reflecting on the experience and identifying lessons learned.

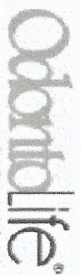
10. The tenth step is to improve the process. This involves making changes to the process based on the lessons learned and the feedback received.

[illegible][illegible]

...all'anno 2000, il 10 per cento della popolazione sarà in età avanzata, il 20 per cento sarà in età adulta e il 70 per cento sarà in età infantile. In Italia, invece, nel 2000, il 20 per cento della popolazione sarà in età avanzata, il 40 per cento sarà in età adulta e il 40 per cento sarà in età infantile. In Italia, invece, nel 2000, il 20 per cento della popolazione sarà in età avanzata, il 40 per cento sarà in età adulta e il 40 per cento sarà in età infantile.

Figure 1. Schematic representation of the experimental design. The subjects were divided into two groups: the control group (CG) and the experimental group (EG). The CG was divided into two subgroups: the control group (CG) and the control group (CG). The EG was divided into two subgroups: the experimental group (EG) and the experimental group (EG). The CG was divided into two subgroups: the control group (CG) and the control group (CG). The EG was divided into two subgroups: the experimental group (EG) and the experimental group (EG).

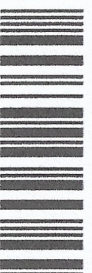
Downloaded from <http://www.jstor.org/stable/2346124> on Tue, 20 Jun 2016 12:02:06 UTC



Tratando sua vida sorrindo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AN



432211
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/12	4-Data de Autocização 10/12/12	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108661	7-Data Validação da Sertha 10/12/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança DARCY DOS SANTOS JUNIOR	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validação da Criança 10/12/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome
DARCY DOS SANTOS JUNIOR

06/04/1975

15-Nome do titular do plano
DARCY DOS SANTOS JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110061378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cav	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/12/12		
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/12/12		
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/12/12		
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/12/12		
5-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/12/12		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/12 11/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/01/12 11/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (ou responsável) 11/01/12 11/01/12	53-Data, local e Contínio da Empresa
--	---	---	--------------------------------------

Barbara Ribeiro Linhares

Barbara Ribeiro Linhares

Barbara Ribeiro Linhares

2.4.15

383194
INTERCÂMBIO12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

JAYNE REGINA DE MORAIS

Editorial

Envia - f
(1) 86400300

00200150 f)

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

38-Franchina/Co-participação RS

0000

[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]

Tissue	Control (%)	Tumor-bearing (%)	Tumor-bearing + treatment (%)
Brain	~98	~98	~98
Liver	~98	~98	~98
Kidney	~98	~98	~98
Heart	~98	~98	~98
Muscle	~98	~98	~98
Adipose	~98	~98	~98

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific information required.

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

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100																																																																																																																																																																																										
Population (millions)	5.3	5.5	5.7	5.9	6.1	6.3	6.5	6.7	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9	8.1	8.3	8.5	8.7	8.9	9.1	9.3	9.5	9.7	9.9	10.1	10.3	10.5	10.7	10.9	11.1	11.3	11.5	11.7	11.9	12.1	12.3	12.5	12.7	12.9	13.1	13.3	13.5	13.7	13.9	14.1	14.3	14.5	14.7	14.9	15.1	15.3	15.5	15.7	15.9	16.1	16.3	16.5	16.7	16.9	17.1	17.3	17.5	17.7	17.9	18.1	18.3	18.5	18.7	18.9	19.1	19.3	19.5	19.7	19.9	20.1	20.3	20.5	20.7	20.9	21.1	21.3	21.5	21.7	21.9	22.1	22.3	22.5	22.7	22.9	23.1	23.3	23.5	23.7	23.9	24.1	24.3	24.5	24.7	24.9	25.1	25.3	25.5	25.7	25.9	26.1	26.3	26.5	26.7	26.9	27.1	27.3	27.5	27.7	27.9	28.1	28.3	28.5	28.7	28.9	29.1	29.3	29.5	29.7	29.9	30.1	30.3	30.5	30.7	30.9	31.1	31.3	31.5	31.7	31.9	32.1	32.3	32.5	32.7	32.9	33.1	33.3	33.5	33.7	33.9	34.1	34.3	34.5	34.7	34.9	35.1	35.3	35.5	35.7	35.9	36.1	36.3	36.5	36.7	36.9	37.1	37.3	37.5	37.7	37.9	38.1	38.3	38.5	38.7	38.9	39.1	39.3	39.5	39.7	39.9	40.1	40.3	40.5	40.7	40.9	41.1	41.3	41.5	41.7	41.9	42.1	42.3	42.5	42.7	42.9	43.1	43.3	43.5	43.7	43.9	44.1	44.3	44.5	44.7	44.9	45.1	45.3	45.5	45.7	45.9	46.1	46.3	46.5	46.7	46.9	47.1	47.3	47.5	47.7	47.9	48.1	48.3	48.5	48.7	48.9	49.1	49.3	49.5	49.7	49.9	50.1	50.3	50.5	50.7	50.9	51.1	51.3	51.5	51.7	51.9	52.1	52.3	52.5	52.7	52.9	53.1	53.3	53.5	53.7	53.9	54.1	54.3	54.5	54.7	54.9	55.1	55.3	55.5	55.7	55.9	56.1	56.3	56.5	56.7	56.9	57.1	57.3	57.5	57.7	57.9	58.1	58.3	58.5	58.7	58.9	59.1	59.3	59.5	59.7	59.9	60.1	60.3	60.5	60.7	60.9	61.1	61.3	61.5	61.7	61.9	62.1	62.3	62.5	62.7	62.9	63.1	63.3	63.5	63.7	63.9	64.1	64.3	64.5</

[illegible][illegible][illegible]47. Volume Total Base

1	7	6	1	0	0			
---	---	---	---	---	---	--	--	--

o, comprometendo-me a cumprir as orient

paguer en mesurée et par mesure celle

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.com/> at University of California, San Diego on November 10, 2015

2

11/11/11

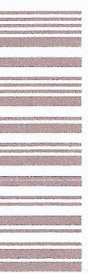
www.elsevier.com/locate/jmb



Realização: 25/06/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



440025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autuação 11/6/12	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8141784	7-Data Validação da Seria 11/4/10
--------------------------	---	-------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202518484200000601 9-Fluoro POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa CLICHIERIA BLUMENAU LTDA | 11-Data Validação da Carteira 11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |

13-Nome
HENDERSON DIAS DE OLIVEIRA

03/12/1967

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
HENDERSON DIAS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado/Prestador de Tratamento

16-Atendimento a RN
N 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES | 18-Número no CRO 48299 | 19-UF MG | 20-Código CRO S | 025 - Faturar Empresa |

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF
1000633786515 22-Nome do Contratado/Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES | 23-Número no CRO 48299 | 24-UF MG | 25-Código CNE S |

26-Nome do Profissional Encarregado
BARBARA RIBEIRO LINHARES 27-Número no CRO 48299 | 28-UF MG | 29-Código CRO S |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-T Abate	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mostrar da Guia	42-Assinatura
1-0	0810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	17/12/20		Henderson Oliveira
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	17/12/20		Henderson Oliveira
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	17/12/20		Henderson Oliveira
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	17/12/20		Henderson Oliveira
5-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	17/12/20		Henderson Oliveira
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---------------------------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Bárbara

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

17/11/12
Barbara R

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

17/11/12
Henderson D. Oliveira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

17/11/12
Henderson D. Oliveira

53-Data, local e Assinatura da Empresa

17/11/12



TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



414740
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 10/09/11 11/20	4-Dia de Autização 11/11/11 11/20	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8034780	7-Dia Validade da Guia 10/7/10 12/12/11
--------------------------	--	--------------------------------------	---------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/012012 53212372101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOAO FILIPE SILVERIO DE SOUZA	14-Data de Nascimento 14/02/1995	15-Data Validade do Plano 11/11/11 11/11	16-Nome do titular do plano JOAO FILIPE SILVERIO DE SOUZA
--	-------------------------------------	---	--

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	-------------	--------------------------

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 1100631786515	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CBO 48299	24-UF MG	25-Código CNES 025 -
--	--	---------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CBO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S 025 -	30-Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100218
---	---------------------------	-------------	--------------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cir	36-Quantidade UB	37-Vol	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Caixa de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	17	OM	1	8 8 10 0	0	0	1	0	1	2 1
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	16	OD	1	8 8 10 0	0	0	1	0	1	2 1
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	26	OD	1	8 8 10 0	0	0	1	0	1	2 1
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	27	O	1	6 1 10 0	0	0	1	0	1	2 1
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	47	MOD	1	1 2 2 10 0	0	0	1	0	1	2 1
6-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	48	OMD	1	1 2 2 10 0	0	0	1	0	1	2 1
7-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
8-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
9-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
10-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
11-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
12-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
13-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
14-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
15-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										

43-Dia Próximo Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Atendimento Emergencial	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UB 15 6 9 10 0	47-Valor Total R\$ 10 10 0	48-Total Franchia / Co-participação R\$
--------------------------------------	--	--	---------------------------------------	-------------------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 11/11
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1-Registro ANS	3-Dia de Emissão da Guia	4-Dia de Autorização	5-Serha	6-Numero da Guia Principal	7-Dia de Validade da Serha
4064 14	0 9 // 1 2 // 2 0	1 1 // 0 1 // 2 0	AUTORIZADO	8130899	0 9 // 0 3 // 2 1

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 3 4 6 1 6 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional em Saúde	
13-Nome	LEANDRA APARECIDA ALVES DE SOUZA
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	LEANDRA APARECIDA ALVES DE SOUZA

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 0 6 3 3 7 8 6 5 1	
22-Nome do Contribuinte Esqueatante BARBARA RIBEIRO LINHARES	
18-Número no CRO 48299	19-JUF MG
23-Número no CRO 48299	24-JUF MG
25-Código CNES	
26-Número no CRO 48299	27-Número no CRO 48299
28-JUF MG	29-Código CBO S
28-Nome do Profissional Esqueatante BARBARA RIBEIRO LINHARES	

025 -
Faturar Empresa

30-1-Atela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade	37-Vol	38-Franquia/Co-participação	39-Val	40-Dia de Realização	41-Módulo da Gisea	42-Assinatura
1-00	84.00.01.98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	100	100	100	100	12	26	8000000
2-00	84.00.01.98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	100	100	100	100	12	26	8000000
3-00	84.00.01.98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	100	100	100	100	12	26	8000000
4-00	84.00.01.98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	100	100	100	100	12	26	8000000
5-00	81.00.03.00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	100	100	100	100	12	26	8000000
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

46-Total Quantitativo US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 contratuais em caso de cancelamento ou interrupção do tratamento.

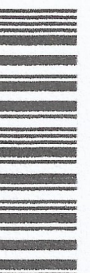
50-Dia, local e Assinatura do Dirigente/Dirigida Solicitante 11/01/11 12/12/10 [Assinatura]	51-Dia, local e Assinatura do Dirigido-Destinatário 11/01/11 12/12/10 [Assinatura]	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 12/12/10 [Assinatura]	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11/11
--	---	--	---

Dr. Ribeiro Linares
Dentista
48299



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
11/09/2018

4-Dia de Autocrédito
20/10/2018

5-Será
AUTORIZADO

6-Faturo da Guia Principal
7799204

7-Dia Válido da Guia
17/11/2018

359447
INTERCÂMBIO

8-Dia de Benefício

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Válido da Guia
11/11/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Mês
JAGO PAES DE SOUSA

26/01/2015

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
IANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUSA

16-Dia do Contrato Resgatável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO
48299

19-UF
MG

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)
11010631378655

22-Nome do Contratado Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO
48299

24-UF
MG

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 830001 51-74
(1) 830001 51-75
(1) 830001 51-83
(1) 85100200
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO
48299

28-UF
MG

29-Código CBO S

(1) 830001 51-84
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregião	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/09/2018		
2-010	840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			11/09/2018		
3-010	830000151	TRATAMENTO ENDODONTICO		1		212,00	0,00			11/09/2018		
4-010	830000151	TRATAMENTO ENDODONTICO		1		212,00	0,00			11/09/2018		
5-010	830000151	TRATAMENTO ENDODONTICO		1		212,00	0,00			11/09/2018		
6-010	830000151	TRATAMENTO ENDODONTICO		1		212,00	0,00			11/09/2018		
7-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
8-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
9-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
10-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
11-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
12-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
13-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
14-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		
15-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			11/09/2018		

43-Dia Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico	2-Emissão Radiológica	3-Cronograma	4-UF/Inscrição	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assino 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(a) 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.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário	53-Dia, local e Cópia da Empresa
18/11/2018	12/11/2018	12/11/2018	