

CRO: 76040/SP

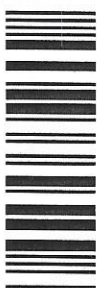
Cirurgião Dentista: (14923) - DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
344908 - I	JOSE CARLOS PEREIRA IBIDE (00202510550601436101)		23/07/2020	219	0.3	R\$ 65,70
344931 - I	JESSE DE TOLEDO (00202530763200000103)		23/07/2020	219	0.3	R\$ 65,70
344936 - I	PALOMA APARECIDA DA SILVA SOARES (00202528485000000101)		23/07/2020	61	0.3	R\$ 18,30
350430 - I	SOLANGE ARAUJO DE SOUZA FERRAZ (00202530865100000102)		03/08/2020	122	0.3	R\$ 36,60
350432 - I	ARYEL DE TOLEDO (00202530763200000102)		03/08/2020	73	0.3	R\$ 21,90
350434 - I	VITOR GABRIEL APARECIDO DE TOLEDO (00202530763200000104)		03/08/2020	61	0.3	R\$ 18,30
353565 - I	VITOR GABRIEL APARECIDO DE TOLEDO (00202530763200000104)		08/08/2020	73	0.3	R\$ 21,90
353566 - I	DAIANE DA SILVA DE TOLEDO (00202530763200000101)		08/08/2020	453	0.3	R\$ 135,90
353572 - I	PALOMA APARECIDA DA SILVA SOARES (00202528485000000101)		08/08/2020	73	0.3	R\$ 21,90
354435 - I	DAIANE DA SILVA DE TOLEDO (00202530763200000101)		10/08/2020	73	0.3	R\$ 21,90
Totalizador						
				Nº de USOs:		1427
				Nº de atendimentos:		10
				Valor:		R\$ 428,10

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: 01/09/2020 16:07

2-N⁺

1-Registro/ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/17 12:01	4-Data de Autorização 12/10/17 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7732323	7-Data Validade da Senha 21/11/10 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
000202530763200000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	

1-3-Nome JESSE DE TOLEDO	08/07/1984	(<u> </u> <u> </u>) -	14- região
			1- cidade ou município
			DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código UBS 025 -
Faturar Empresa				

27-Código na Operadora (CNF) / CPF	125874634835
22-Nome do Contratado Executante	DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER
23-Número no CRO	76040
24-UF	SP
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	76040	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	28/07/2011		42
2- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	28/07/2011		42
3- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	28/07/2011		42
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Prescrição / Término do Tratamento

28/07/2011

44- Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcel

46- Total Quantidade US

21900

47- Valor Total R\$

0000

48- Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	28/10/2012	grr
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	28/10/2012	grr
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	28/10/2012	grr
53-Data, local e Carimbo da Empresa	28/10/2012	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/13/10/8/12/01	4-Data de Autorização 10/15/10/8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7757858	7-Data Validade da Senha 10/11/11/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025301865110100101021	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome SOLANGE ARAUJO DE SOUZA FERRAZ	23/03/1959	14-Telefone (11) 9110618170	15-Nome do titular do plano DAVI DOS REIS FERRAZ
---	------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1251874634835111	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 10/15/08/12/01	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 11221010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	---	--	------------------------------------	------------------------------	---

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 no 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/15/08/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/15/08/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/15/08/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/15/08/12/01
---	---	---	---

350430
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353565
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/08/2012

4-Data de Autorização 17/08/2012

5-Seria AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7772400

7-Data Validade da Seria 06/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530763200001104

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 VITOR GABRIEL APARECIDO DE TOLEDO

02/10/2012

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averciamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

18-Número no CRO 76040

19-UF SP

20-Código CBO S 025 -

21-UF SP

22-Valor Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 258746348351

22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

23-Número no CRO 76040

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

27-Número no CRO 76040

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/08/2012

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 173,00

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(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 17/08/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/2012

53-Data, local e Cartão da Empresa 17/08/2012



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012 4-Data de Autorização 05/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7757870 7-Data Validade da Semha 01/11/2012

8-Número da Carteira 10020125307632000000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VITOR GABRIEL APARECIDO DE TOLEDO 02/10/2012 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125874634835 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

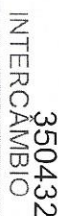
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
		RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6	1	0	0			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/10/2012 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 61,00 47-Valor Total R\$ 10,10 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 05/10/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2012



350432
INTERCÂMBIO

Abstract

The purpose of this study was to determine whether there were differences in the prevalence of risk factors for coronary artery disease between men who had been hospitalized for myocardial infarction and those who had not. The subjects were 600 men aged 40-79 years who had been hospitalized for myocardial infarction during the previous 10 years, and 600 age-matched controls who had never been hospitalized for myocardial infarction. The subjects were selected from the National Health Insurance database in Taiwan. Data were obtained from medical records and interviews with the subjects. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus, smoking, and alcohol consumption was significantly higher among the cases than among the controls. The prevalence of obesity was also higher among the cases, although it was not statistically significant. These findings suggest that the prevalence of risk factors for coronary artery disease is higher among men who have been hospitalized for myocardial infarction than among those who have not.

Keywords: coronary artery disease; risk factors; myocardial infarction; hypertension; hyperlipidemia; diabetes mellitus; smoking; alcohol consumption; obesity.

1071

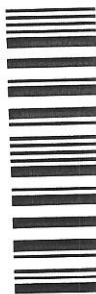
1000

...the ...

[illegible]

te e arcar com os custos previstos e assina esse documento, os

1000



1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

11/01/08 18/12/01

4-Data de Autorização

11/01/08 18/12/01

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7776265

7-Data Validade da Senha

10/08/11 11/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

1002021530763200000101

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

DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

13/01/1991

14-Telefone

()

15-Nome do titular do plano

DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN

DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

22-Nome do Contratado Executante

DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

18-Número no CRO

76040

19-UF

SP

20-Código CRO S

SP

25-Código CNES

SP

29-Código CRO S

SP

26-Nome do Profissional Executante

DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-0082000875

32-Descrição

EXODONTIA SIMPLES DE

33-Dente/Região

28

34-Face

1

35-Qtd

1

36-Quantidade US

73,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

11/11/08

39-Aut

40-Data de Realização

11/11/08

41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/10/08

44-Tipo de Aliamento

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

73,00

47-Valor Total R\$

0,00

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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

11/11/08 11/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/08 11/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/08 11/12/01

53-Data, local e Campo da Empresa

11/11/08 11/12/01



344936
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados