

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 09:12:01		5-Genha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7915162		7-Data Validade da Sanha 12/08/11 12:12:01		385404 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 1010202510781119100219011013		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ELOISA KAROLINE BORGES		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular no plano JANDER CARLISON BORGES DOS SANTOS		16-Telefone (11) 11111111		17-Nome do Profissional Solicitante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES			
18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17410101643161491111		22-Nome do Contratado Execlutante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES			
23-Nome do Profissional Execlutante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES		24-Número no CRO 12931		25-Código CNES 24-UF DF		26-Número no CRO 12931		27-Código CBO S			
30-Tabella		31-Código de Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Quantidade US	
1-01018410000910		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		36		1		721010		37-Valor	
2-01018511001916		*RESTAURAÇÃO RESINA		36		1		611010		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-11111111111111										41-Moivo da Glasa 42-Assinatura	
4-11111111111111											
5-11111111111111											
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Tipo de Faturamento	
11/11/11/11/11		1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1		1-1-1-1-1-1-1-1	

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(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

Dra. Polyanna Guimarães

CRP 12931-DF

Ortodontia/Endodontia

Dra. Polyanna Guimarães

CRP 12931-DF

Ortodontia/Endodontia

Dra. Polyanna Guimarães

CRP 12931-DF

Ortodontia/Endodontia

Dra. Polyanna Guimarães

CRP 12931-DF

Ortodontia/Endodontia

Dra. Polyanna Guimarães

CRP 12931-DF

Ortodontia/Endodontia

Primer Centro Odontológico LTDA

CNPJ 20.885.079/000167

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

399142
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Data de Autorização 12/01/2013	7-Data Validade da Guia 17/01/2012
8-Número da Carteira 0020215078119001290103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELOISA KAROLINE BORGES	14-Telefone () - - - - -	15-Endereço JANDER CARLSON BORGES DOS SANTOS	16-Data de Nascimento 06/02/2008	17-Data de Validade da Guia 11/11/11

18-Número no CRD 12931	19-Código CBO S 025 -	20-Código CBO S Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 740106431614911	22-Nome do Contratado Excludente POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES	23-Número no CRD 12931
24-Data de Nascimento 17/11/2008	25-Código CBO S 12931	26-Data de Validade da Guia 11/11/11

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente / Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glóss 42-Assinatura
1	01018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	16	1,00	0,00		26/11/2012	
2	01018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6	1,00	0,00		26/11/2012	
3	01018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6	1,00	0,00		26/11/2012	
4	01018511001200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8	8,00	0,00		26/11/2012	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcel	46-Total Quantidade US 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Faturada / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme admo apresentadas, 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), 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 este 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 Dra. Polyanne Guimarães CRO 12931-DF	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dra. Polyanne Guimarães CRO 12931-DF	52-Data, local e Assinatura da Empresa Primer Odontológico LTDA CNPJ 29.895.079/000167
---------------	--	--	--



2-Nº

[illegible]

2-N^o398758
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010		4-Data de Autorização 12/09/2010		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7969950		7-Data Validada da Sentença 11/10/2011		398758 INTERCÂMBIO	
8-Plano POS REDE PRESTADORA				9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				10-Data Validada da Carteira 11/10/2011			
11-Plano 01/03/1999				12-Telefone ()				13-Nome do titular do plano ANA VITORIA DE OLIVEIRA			
14-Nome do Profissional Solicitante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES				15-Número no CBO 12931				16-Código CBO S 025 -			
17-Nome do Contratado Exatidão POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES				18-Número no CBO 12931				19-UF DF			
20-Nome do Profissional Executante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES				21-Número no CBO 12931				22-UF DF			
23-Data de Realização 11/10/2010				24-Valor 34,00				25-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
26-Data de Realização 11/10/2010				27-Valor 34,00				28-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
29-Data de Realização 11/10/2010				30-Valor 34,00				31-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
32-Data de Realização 11/10/2010				33-Valor 34,00				34-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
35-Data de Realização 11/10/2010				36-Valor 34,00				37-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
38-Data de Realização 11/10/2010				39-Valor 34,00				40-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
39-Data de Realização 11/10/2010				40-Valor 34,00				41-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
40-Data de Realização 11/10/2010				41-Valor 34,00				42-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
41-Data de Realização 11/10/2010				42-Valor 34,00				43-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
42-Data de Realização 11/10/2010				43-Valor 34,00				44-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
43-Data de Realização 11/10/2010				44-Valor 34,00				45-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
44-Data de Realização 11/10/2010				45-Valor 34,00				46-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
45-Data de Realização 11/10/2010				46-Valor 34,00				47-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
46-Data de Realização 11/10/2010				47-Valor 34,00				48-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
47-Data de Realização 11/10/2010				48-Valor 34,00				49-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
48-Data de Realização 11/10/2010				49-Valor 34,00				50-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
49-Data de Realização 11/10/2010				50-Valor 34,00				51-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
50-Data de Realização 11/10/2010				51-Valor 34,00				52-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
51-Data de Realização 11/10/2010				52-Valor 34,00				53-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
52-Data de Realização 11/10/2010				53-Valor 34,00				54-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
53-Data de Realização 11/10/2010				54-Valor 34,00				55-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
54-Data de Realização 11/10/2010				55-Valor 34,00				56-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
55-Data de Realização 11/10/2010				56-Valor 34,00				57-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
56-Data de Realização 11/10/2010				57-Valor 34,00				58-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
57-Data de Realização 11/10/2010				58-Valor 34,00				59-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
58-Data de Realização 11/10/2010				59-Valor 34,00				60-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
59-Data de Realização 11/10/2010				60-Valor 34,00				61-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
60-Data de Realização 11/10/2010				61-Valor 34,00				62-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
61-Data de Realização 11/10/2010				62-Valor 34,00				63-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
62-Data de Realização 11/10/2010				63-Valor 34,00				64-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
63-Data de Realização 11/10/2010				64-Valor 34,00				65-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
64-Data de Realização 11/10/2010				65-Valor 34,00				66-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
65-Data de Realização 11/10/2010				66-Valor 34,00				67-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
66-Data de Realização 11/10/2010				67-Valor 34,00				68-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
67-Data de Realização 11/10/2010				68-Valor 34,00				69-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
68-Data de Realização 11/10/2010				69-Valor 34,00				70-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
69-Data de Realização 11/10/2010				70-Valor 34,00				71-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
70-Data de Realização 11/10/2010				71-Valor 34,00				72-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
71-Data de Realização 11/10/2010				72-Valor 34,00				73-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
72-Data de Realização 11/10/2010				73-Valor 34,00				74-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
73-Data de Realização 11/10/2010				74-Valor 34,00				75-Franchising/Co-participação R\$ 0,00			
74-Data de Realização 11/10/2010				75-Valor 34,00				76-Franchising/Co-part			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, termos, 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 pagadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional consultado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19. Observații

100

06-08-2017

University of Cambridge, Cambridge, UK

Dr. Polyanna Guimarães
Sítio - Data, local e Assinatura do Dirigente-Donatário
04/11/2012 PRO 12931-DF

SO-Data, local e Assinatura do Cliente: Oliveira Guilherme Guimaraes
04/11/2019 CSO/12931-DE

Odontia/Edodontia



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

421915
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Seta
1 6 / 0 2 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8065371

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 / 11 / 11 11 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
11 / 8 / 11 11 / 2 0

2-Registro ANS
406414

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
0 0 2 0 1 2 5 3 2 7 9 0 1 0 0 0 0 1 0 1

13-Nome
ANA VITORIA DE OLIVEIRA

10-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

15-Nome do titular do plano
ANA VITORIA DE OLIVEIRA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
()

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17 14 0 0 6 4 3 6 1 4 9

25-Nome do Profissional Execuinte
POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES

22-Nome do Contratado Exercente
POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES

18-Número no CRO
12931

23-Número no CRO
12931

19-UF
DF

20-Código CBO S

24-UF
DF

25-Código CNES

26-UF
DF

27-Número no CRO
12931

28-UF
DF

29-Código CBO S

30-UF
DF

31-UF
DF

32-UF
DF

33-Data de Realização
39-Aut

34-Faixa
35-Cód

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Gesso

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo do Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo do Atendimento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Atendimento

50-Valor Total R\$

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Atendimento

53-Valor Total R\$

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Atendimento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Atendimento

58-Valor Total R\$

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Atendimento

61-Valor Total R\$

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Atendimento

64-Valor Total R\$

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Atendimento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Atendimento

69-Valor Total R\$

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Atendimento

72-Valor Total R\$

73-Tipo de Faturamento

74-Tipo de Atendimento

75-Valor Total R\$

76-Tipo de Faturamento

77-Tipo de Atendimento

78-Tipo de Faturamento

79-Tipo de Atendimento

80-Valor Total R\$

81-Tipo de Faturamento

82-Tipo de Atendimento

83-Valor Total R\$

84-Tipo de Faturamento

85-Tipo de Atendimento

86-Valor Total R\$

87-Tipo de Faturamento

88-Tipo de Atendimento

89-Tipo de Faturamento

90-Tipo de Atendimento

91-Valor Total R\$

92-Tipo de Faturamento

93-Tipo de Atendimento

94-Valor Total R\$

95-Tipo de Faturamento

96-Tipo de Atendimento

97-Valor Total R\$

98-Tipo de Faturamento

99-Tipo de Atendimento

100-Tipo de Faturamento

101-Tipo de Atendimento

102-Valor Total R\$

103-Tipo de Faturamento

104-Tipo de Atendimento

105-Valor Total R\$

106-Tipo de Faturamento

107-Tipo de Atendimento

108-Valor Total R\$

109-Tipo de Faturamento

110-Tipo de Atendimento

111-Tipo de Faturamento

112-Tipo de Atendimento

113-Valor Total R\$

114-Tipo de Faturamento

115-Tipo de Atendimento

116-Valor Total R\$

117-Tipo de Faturamento

118-Tipo de Atendimento

119-Valor Total R\$

120-Tipo de Faturamento

121-Tipo de Atendimento

122-Tipo de Faturamento

123-Tipo de Atendimento

124-Valor Total R\$

125-Tipo de Faturamento

126-Tipo de Atendimento

127-Valor Total R\$

128-Tipo de Faturamento

129-Tipo de Atendimento

130-Valor Total R\$

131-Tipo de Faturamento

132-Tipo de Atendimento

133-Tipo de Faturamento

134-Tipo de Atendimento

135-Valor Total R\$

136-Tipo de Faturamento

137-Tipo de Atendimento

138-Valor Total R\$

139-Tipo de Faturamento

140-Tipo de Atendimento

141-Valor Total R\$

142-Tipo de Faturamento

143-Tipo de Atendimento

144-Tipo de Faturamento

145-Tipo de Atendimento

146-Valor Total R\$

147-Tipo de Faturamento

148-Tipo de Atendimento

149-Valor Total R\$

150-Tipo de Faturamento

151-Tipo de Atendimento

152-Valor Total R\$

153-Tipo de Faturamento

154-Tipo de Atendimento

155-Tipo de Faturamento

156-Tipo de Atendimento

157-Valor Total R\$

158-Tipo de Faturamento

159-Tipo de Atendimento

160-Valor Total R\$

161-Tipo de Faturamento

162-Tipo de Atendimento

163-Valor Total R\$

164-Tipo de Faturamento

165-Tipo de Atendimento

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), tolfiram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dra. Polyanna Guimarães

Dra. Polyanna Guimarães

Primer Centro Odontológico LTDA

End: 29.885.079/000167