

276166
INTERCÂMBIO

ASBESTOS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

41-Motivo da Giosa 42-Assina

x

								x
								x

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	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	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]

—

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

—

8-Total Tranquila / Co-participação R					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

que assina esse documento, o

Table 1. Mean values of the variables measured during the 10-min test. The values are the mean $\pm$ SD of the 10-min test. The values in parentheses are the mean $\pm$ SD of the 10-min test for the control group.

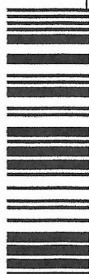
...the ...

1000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



296776
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 13:12:00	4-Data de Autuação 10/05/10 13:12:00	5-Será AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50156425	7-Data Validade da Seria 10/03/10 16:12:00
--------------------------	--	---	----------------------	--	---

8-Número da Carteira 000371000020208238	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 16/04/2009	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708207191276542
13-Nome LUCAS QUIRINO DA PAIXAO FERREI	14-Teléfono () -	15-Nome do Titular do plano THIAGO QUIRINO FERREIRA		

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento	
16-Averciamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100161337861515	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299
27-Número no CRO 48299	19-UF MG
28-Código CRO S MG	20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa

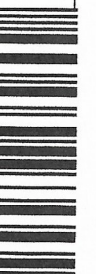
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ci	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	314100	0,00		S			
2-00	814000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72100	0,00		S			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/05/10 13:12:00	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 110600	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/10 13:12:00					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/10 13:12:00					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 13:12:00					
53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/05/10 13:12:00					

Dr. Ricardo Ribeiro
CRO-MG 48299

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



296799
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/03 4-Dia de Autorização 10/05/03 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50156441 7-Dia Validade da Guia 10/03/06 12-Dia Validade da Guia 10/03/06

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003170000020202082200 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004635546057

13-Nome

GUILHERME QUIRINO DA PAIXAO FE

24/10/2003

14-Teléfono

() -

15-Nome do titular do plano THIAGO QUIRINO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO 48299

19-UF MG

20-Código CRO S

21-UF MG

22-Código ONES

23-Nome do Contratado Executante

BARBARA RIBEIRO LINHARES

24-Número no CRO 48299

25-UF MG

26-Código CRO S

27-UF MG

28-Código CRO S

29-Nome do Profissional Solicitante

BARBARA RIBEIRO LINHARES

30-Número no CRO 48299

31-UF MG

32-Código CRO S

33-UF MG

34-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Fase	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5,0,0	0,0,0	0,0,0	S			
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,0,0	0,0,0	0,0,0	S			
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5,0,0	0,0,0	0,0,0	S			
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,0,0	0,0,0	0,0,0	S			
5-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4,0,0	0,0,0	0,0,0	S			
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crocônio 4-UrgênciaEmergência

45-Tipo de Fraturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1174,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Fratura / 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.

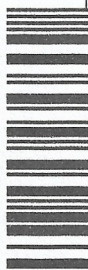
49-Observação

50-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 Cópia da Empresa



254907
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/04/11 19 4-Data de Autorização 10/04/11 19 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7237941 7-Data Validade da Série 12/08/12 12/01

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 000202025011561300233301 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DIEGO MARCIO CAVANELLAS DE CASTRO 14-Telefone 28/10/1984 15-Nome do titular do plano DIEGO MARCIO CAVANELLAS DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 110006133786151 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 no CRO 48299 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

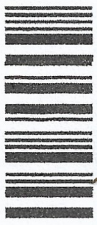
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4,0,0	1,0,0,0					
2-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,0,0	1,0,0,0					
3-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5,0,0	1,0,0,0					
4-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5,0,0	1,0,0,0					
5-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,0,0	1,0,0,0					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, 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 01/04/11 19 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/11 19 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/11 19 53-Data, local e Carimbo de Empresa



352251
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2008 4-Data de Autorização 19/06/2008 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7766431 7-Data Validade da Senha 10/04/11 12-Data Validade da Guia 10/04/11

8-Número da Carteira 10020253077820000000103 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 LARISSA NUNES OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES 18-Número no CRO 48299 19-UF MG 20-Código CRO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11010633786151 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 no CRO 48299 28-UF MG 29-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

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

43-Data Previsto Término 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 11061010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Caimho da Empresa


352256
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2010	4-Data de Autorização 11/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766433	7-Data Validade da Senha 10/11/2011
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253077820000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV BARBARA RIBEIRO LINHARES	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 10063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CIES
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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	00	81000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA						
2	00	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
3	00	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
4	00	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
5	00	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data 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	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 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 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 10/08/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2010	53-Data, local e Contorno da Empresa
---	---	---	--------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018	4-Data de Autorização 11/08/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766411	7-Data Validade da Senha 10/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

352245
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025307782000001014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LETICIA NUNES OLIVEIRA	24/06/2005	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS
-----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matricula a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655	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 no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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 Guia 42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S		
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Totál 2-Parcial	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 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(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 referidos 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2005	4-Data de Autorização 11/06/2005	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766424	7-Data Validade da Guia 10/04/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

352248
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202530778200000104	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 LETICIA NUNES OLIVEIRA	24/06/2005	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 1100633786515	22-Nome do Contratado Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES
26-Nome do Profissional Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299
18-Número no CRO 48299	19-UF MG
23-Número no CRO 48299	24-UF MG
28-UF MG	29-Código CBO S
Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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 Classificação
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0,00	0,00	0,00	S		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Término 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 35,00	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 obrigações 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 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimho da Empresa
---	---	---	------------------------------------



352259
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 4-Data de Autorização 12/04/2018 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7766451 7-Data Validade da Guia 10/04/2019

8-Número da Carteira 10020125307782000001106 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANO RODRIGUES NUNES DOS SANTOS 21/12/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DALIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100633786515 22-Nome do Contratado Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES

25-Nome do Profissional Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO 48299 19-UF MG 20-Código CRO S 21-UF MG 22-Código CNES 48299 23-UF MG 24-Código CRO S 25-Código CRO S 26-UF MG 27-Código CRO S

025 - Faturar Empresa

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 Guise	42-Assinatura
1-010	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00					
3-010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00					
4-010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00					
5-010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00					
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
43-Data 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-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	10,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 honorários de tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Barbara Ribeiro Linhares
CRO-MG-48299

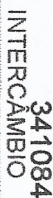
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cálculo da Empresa

2-N°

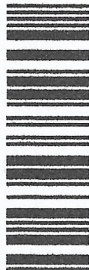


52-Data



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº

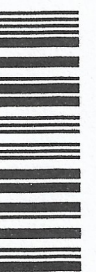


340221
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017 12:01	4-Data de Autorização 12/03/2017 12:01	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7712014	7-Data Validade da Sanha 11/04/2019 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025117618000002011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BELO HORIZONTE CAMARA	11-Data Validade da Carteira 11/06/2017 12:01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FLAVIA NOLASCO DA SILVA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano FLAVIA NOLASCO DA SILVA					
Dados do Contratado, Responsável e Plano de Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 46299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100633786155
22-Nome do Contratado Excedente BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 46299	24-UF MG	25-Código CNES (1) 85100200	26-Data de Realização 26/05/1983	27-Código CBO S 46299
28-Nome do Profissional Excedente BARBARA RIBEIRO LINHARES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Damagem	34-Face	35-Cid
1-01018510020101	RESTAURAÇÃO RESINA	24 DO	1	88	0101
2-01018100000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	0101
3-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	0101
4-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	0101
5-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0101
6-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	0101
7-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0101
8-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	0101
9-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0101
10-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	0101
11-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0101
12-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	0101
13-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0101
14-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	0101
15-010184000001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0101
43-Data Realizado Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Faturado / Coparticipação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Cartão da Empresa					



2-Nitro



327456
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13-Nome	FABRICIA DE LOURDES ANDRADE	04/04/1991
14-Teléfono	(()) 	
15-Nome do titular do plano	SERGIO ADRIANO MACIEL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		BARBARA RIBEIRO LINHARES							
21-Código nas Operadoras / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante							
1 1 0 0 6 3 3 7 8 6 5 5		BARBARA RIBEIRO LINHARES							
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO							
BARBARA RIBEIRO LINHARES		48299							
		18-Número no CRO							
		48299							
		19-U/F							
		MG							
		20-Código CBO S							
		24-U/F							
		MG							
		25-Código CNES							
		27-Número no CRO							
		48299							
		28-U/F							
		MG							
		29-Código CBO S							

025 -

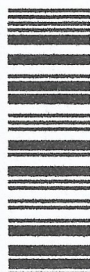
Faturar Empresa

[illegible]

Decido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato, Decido, ainda que o(s) procedimento(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Carimbo de Empresa	

2-N



INTERCAMBIO

62. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

01/11/2011



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º

325283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/06/2016 12:01	4-Data de Autorização 10/03/2017 12:01	5-Sinistra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7638227	7-Data Validade da Sinistra 11/04/2019 12:01
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 010120125303797000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome LAIS PEREIRA DE MORAIS		21/04/1999		14-Telefone () - - - - -	
15-Data Validade da Carteira 11/04/2019 12:01		16-Nome do titular do plano LAIS PEREIRA DE MORAIS		17-Data Validade da Sinistra 11/04/2019 12:01	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
18-Atendimento e RIN BARBARA RIBEIRO LINHARES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110101633786155		22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		18-Número no CRO 48299	
23-Número do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		27-Número no CRO 48299		19-UF MG	
28-Código CBO S 48299		29-UF MG		20-Código CBO S 48299	
25-Código CNEs MG					
26-UF MG					
27-Código CBO S 48299					
28-UF MG					
29-UF MG					
30-UF MG					
31-UF MG					
32-UF MG					
33-UF MG					
34-UF MG					
35-UF MG					
36-UF MG					
37-UF MG					
38-UF MG					
39-UF MG					
40-UF MG					
41-UF MG					
42-UF MG					
43-UF MG					
44-UF MG					
45-UF MG					
46-UF MG					
47-UF MG					
48-UF MG					
49-UF MG					
50-UF MG					
51-UF MG					
52-UF MG					
53-UF MG					
54-UF MG					
55-UF MG					
56-UF MG					
57-UF MG					
58-UF MG					
59-UF MG					
60-UF MG					
61-UF MG					
62-UF MG					
63-UF MG					
64-UF MG					
65-UF MG					
66-UF MG					
67-UF MG					
68-UF MG					
69-UF MG					
70-UF MG					
71-UF MG					
72-UF MG					
73-UF MG					
74-UF MG					
75-UF MG					
76-UF MG					
77-UF MG					
78-UF MG					
79-UF MG					
80-UF MG					
81-UF MG					
82-UF MG					
83-UF MG					
84-UF MG					
85-UF MG					
86-UF MG					
87-UF MG					
88-UF MG					
89-UF MG					
90-UF MG					
91-UF MG					
92-UF MG					
93-UF MG					
94-UF MG					
95-UF MG					
96-UF MG					
97-UF MG					
98-UF MG					
99-UF MG					
00-UF MG					
01-UF MG					
02-UF MG					
03-UF MG					
04-UF MG					
05-UF MG					
06-UF MG					
07-UF MG					
08-UF MG					
09-UF MG					
10-UF MG					
11-UF MG					
12-UF MG					
13-UF MG					
14-UF MG					
15-UF MG					
16-UF MG					
17-UF MG					
18-UF MG					
19-UF MG					
20-UF MG					
21-UF MG					
22-UF MG					
23-UF MG					
24-UF MG					
25-UF MG					
26-UF MG					
27-UF MG					
28-UF MG					
29-UF MG					
30-UF MG					
31-UF MG					
32-UF MG					
33-UF MG					
34-UF MG					
35-UF MG					
36-UF MG					
37-UF MG					
38-UF MG					
39-UF MG					
40-UF MG					
41-UF MG					
42-UF MG					
43-UF MG					
44-UF MG					
45-UF MG					
46-UF MG					
47-UF MG					
48-UF MG					
49-UF MG					
50-UF MG					
51-UF MG					
52-UF MG					
53-UF MG					
54-UF MG					
55-UF MG					
56-UF MG					
57-UF MG					
58-UF MG					
59-UF MG					
60-UF MG					
61-UF MG					
62-UF MG					
63-UF MG					
64-UF MG					
65-UF MG					
66-UF MG					
67-UF MG					
68-UF MG					
69-UF MG					
70-UF MG					
71-UF MG					
72-UF MG					
73-UF MG					
74-UF MG					
75-UF MG					
76-UF MG					
77-UF MG					
78-UF MG					
79-UF MG					
80-UF MG					
81-UF MG					
82-UF MG					
83-UF MG					
84-UF MG					
85-UF MG					
86-UF MG					
87-UF MG					
88-UF MG					
89-UF MG					
90-UF MG					
91-UF MG					
92-UF MG					
93-UF MG					
94-UF MG					
95-UF MG					
96-UF MG					
97-UF MG					
98-UF MG					
99-UF MG					
00-UF MG					
01-UF MG					
02-UF MG					
03-UF MG					
04-UF MG					
05-UF MG					
06-UF MG					
07-UF MG					
08-UF MG					
09-UF MG					
10-UF MG					
11-UF MG					
12-UF MG					
13-UF MG					
14-UF MG					
15-UF MG					
16-UF MG					
17-UF MG					
18-UF MG					
19-UF MG					
20-UF MG					
21-UF MG					
22-UF MG					
23-UF MG					
24-UF MG					
25-UF MG					
26-UF MG					
27-UF MG					
28-UF MG					
29-UF MG					
30-UF MG					
31-UF MG					
32-UF MG					
33-UF MG					
34-UF MG					
35-UF MG					
36-UF MG					
37-UF MG					
38-UF MG					
39-UF MG					
40-UF MG					
41-UF MG					
42-UF MG					
43-UF MG					
44-UF MG					
45-UF MG					
46-UF MG					
47-UF MG					
48-UF MG					
49-UF MG					
50-UF MG					
51-UF MG					
52-UF MG					
53-UF MG					
54-UF MG					
55-UF MG					
56-UF MG					
57-UF MG					
58-UF MG					
59-UF MG					
60-UF MG					
61-UF MG					
62-UF MG					
63-UF MG					
64-UF MG					
65-UF MG					
66-UF MG					
67-UF MG					
68-UF MG					
69-UF MG					
70-UF MG					
71-UF MG					
72-UF MG					
73-UF MG					
74-UF MG					
75-UF MG					
76-UF MG					
77-UF MG					
78-UF MG					
79-UF MG					
80-UF MG					
81-UF MG					
82-UF MG					
83-UF MG					
84-UF MG					
85-UF MG					
86-UF MG					
87-UF MG					
88-UF MG					
89-UF MG					
90-UF MG					
91-UF MG					
92-UF MG					
93-UF MG					
94-UF MG					
95-UF MG					
96-UF MG					
97-UF MG					
98-UF MG					
99-UF MG					
00-UF MG					
01-UF MG					
02-UF MG					
03-UF MG					
04-UF MG					
05-UF MG					
06-UF MG					
07-UF MG					
08-UF MG					
09-UF MG					
10-UF MG					
11-UF MG					
12-UF MG					
13-UF MG					
14-UF MG					
15-UF MG					
16-UF MG					
17-UF MG					
18-UF MG					
19-UF MG					
20-UF MG					
21-UF MG					
22-UF MG					
23-UF MG					
24-UF MG					
25-UF MG					
26-UF MG					
27-UF MG					
28-UF MG					
29-UF MG					
30-UF MG					
31-UF MG					
32-UF MG					
33-UF MG					
34-UF MG					
35-UF MG					
36-UF MG					
37-UF MG					
38-UF MG					
39-UF MG					
40-UF MG					
41-UF MG					
42-UF MG					
43-UF MG					
44-UF MG					
45-UF MG					
46-UF MG					
47-UF MG					
48-UF MG					
49-UF MG					
50-UF MG					
51-UF MG					
52-UF MG					
53-UF MG					
54-UF MG					
55-UF MG					
56-UF MG					
57-UF MG					
58-UF MG					
59-UF MG					
60-UF MG					
61-UF MG					
62-UF MG					
63-UF MG					
64-UF MG					
65-UF MG					
66-UF MG					
67-UF MG					
68-UF MG					
69-UF MG					
70-UF MG					
71-UF MG					
72-UF MG					
73-UF MG					
74-UF MG					
75-UF MG					
76-UF MG					
77-UF MG					
78-UF MG					
79-UF MG					
80-UF MG					
81-UF MG					
82-UF MG					
83-UF MG					
84-UF MG					
85-UF MG					
86-UF MG					
87-UF MG					
88-UF MG					
89-UF MG					
90-UF MG					
91-UF MG					
92-UF MG					
93-UF MG					
94-UF MG					
95-UF MG					
96-UF MG					
97-UF MG					
98-UF MG					
99-UF MG					
00-UF MG					
01-UF MG					
02-UF MG					
03-UF MG					
04-UF MG					
05-UF MG					
06-UF MG					
07-UF MG					
08-UF MG					
09-UF MG					
10-UF MG					
11-UF MG					
12-UF MG					
13-UF MG					
14-UF MG					
15-UF MG					
16-UF MG					
17-UF MG					
18-UF MG					
19-UF MG					
20-UF MG					
21-UF MG					
22-UF MG					
23-UF MG					
24-UF MG					
25-UF MG					
26-UF MG					
27-UF MG					
28-UF MG					
29-UF MG					
30-UF MG					
31-UF MG					
32-UF MG					
33-UF MG					
34-UF MG					
35-UF MG					
36-UF MG					
37-UF MG					
38-UF MG					
39-UF MG					
40-UF MG					
41-UF MG					
42-UF MG					
43-UF MG					
44-UF MG					
45-UF MG					
46-UF MG					
47-UF MG					
48-UF MG					
49-UF MG					
50-UF MG					
51-UF MG					
52-UF MG					
53-UF MG					
54-UF MG					
55-UF MG					
56-UF MG					
57-UF MG					
58-UF MG					
59-UF MG					
60-UF MG					
61-UF MG					
62-UF MG					
63-UF MG					
64-UF MG					
65-UF MG					
66-UF MG					
67-UF MG					
68-UF MG					
69-UF MG					
70-UF MG					
71-UF MG					
72-UF MG					
73-UF MG					
74-UF MG					
75-UF MG					
76-UF MG					
77-UF MG					
78-UF MG					
79-UF MG					
80-UF MG					
81-UF MG					
82-UF MG					
83-UF MG					
84-UF MG					
85-UF MG					
86-UF MG					
87-UF MG					
88-UF MG					
89-UF MG					
90-UF MG					
91-UF MG					
92-UF MG					
93-UF MG					
94-UF MG					
95-UF MG					
96-UF MG					
97-UF MG					
98-UF MG					
99-UF MG					
00-UF MG					
01-UF MG					
02-UF MG					
03-UF MG					
04-UF MG					
05-UF MG					
06-UF MG					
07-UF MG					
08-UF MG					
09-UF MG					
10-UF MG					
11-UF MG					
12-UF MG					
13-UF MG					
14-UF MG					
15-UF MG					
16-UF MG					
17-UF MG					
18-UF MG					
19-UF MG					
20-UF MG					
21-UF MG					
22-UF MG					
23-UF MG					
24-UF MG					
25-UF MG					
26-UF MG					
27-UF MG					
28-UF MG					
29-UF MG					
30-UF MG					
31-UF MG					
32-UF MG					
33-UF MG					
34-UF MG					
35-UF MG					
36-UF MG					
37-UF MG					
38-UF MG					
39-UF MG					
40-UF MG					
41-UF MG					
42-UF MG					
43-UF MG					
44-UF MG					
45-UF MG					
46-UF MG					
47-UF MG					
48-UF MG					
49-UF MG					
50-UF MG					
51-UF MG					
52-UF MG					
53-UF MG					
54-UF MG					
55-UF MG					
56-UF MG					
57-UF MG					
58-UF MG					
59-UF MG					
60-UF MG					
61-UF MG					
62-UF MG					
63-UF MG					
64-UF MG					
65-UF MG					
66-UF MG					
67-UF MG					
68-UF MG					
69-UF MG					
70-UF MG					
71-UF MG					
72-UF MG					
73-UF MG					
74-UF MG					
75-UF MG					
76-UF MG					
77-UF MG					
78-UF MG					
79-UF MG					
80-UF MG					
81-UF MG					
82-UF MG					
83-UF MG					
84-UF MG					
85-UF MG					
86-UF MG					
87-UF MG					
88-UF MG					
89-UF MG					
90-UF MG					
91-UF MG					
92-UF MG					
93-UF MG					
94-UF MG					
95-UF MG					
96-UF MG					
97-UF MG					
98-UF MG					
99-UF MG					
00-UF MG					
01-UF MG					
02-UF MG					
03-UF MG					
04-UF MG					
05-UF MG					
06-UF MG					
07-UF MG					
08-UF MG					
09-UF MG					
10-UF MG					
11-UF MG					
12-UF MG					
13-UF MG					
14-UF MG					
15-UF MG					
16-UF MG					
17-UF MG					
18-UF MG					
19-UF MG					
20-UF MG					
21-UF MG					
22-UF MG					
23-UF MG					
24-UF MG					
25-UF MG					
26-UF MG					
27-UF MG					
28-UF MG					



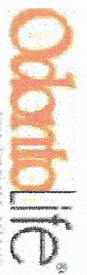
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



314653
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 19/05/2012	4-Data de Autorização 10/2/06/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572217	7-Data Validade da Guia 17/08/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202506065500341202	9-Foto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ISABELA HAZER DE OLIVEIRA												
25/05/1995												
14-Telefone (131) 34741257												
15-Nome do titular do plano GETULIO AUGUSTO DE OLIVEIRA REZENDE												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Acordamento 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 de Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100200							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10063378655	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 no 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-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122100	000	S			
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMV	1	122100	000	S			
3	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OLD	1	122100	000	S			
4	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88100	000	S			
5	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OP	1	88100	000	S			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / 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. 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												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												



VENO LIZBON, JAVIERCK SOUZA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

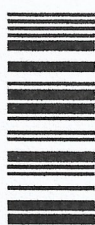
24º



332322
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4069414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/017/12/01		4-Data de Autoliquidação 12/12/10/17/12/01		5-Será CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 7674787		7-Data Validade da Seria 12/19/10/19/12/01		
8-Número da Carteira 0101201250610655501021185011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA		25/11/1986		14-Teléfono ()		15-Nome do titular do plano CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA						
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 Enviar - RX (1F) 85200158-36				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11010633786551		22-Nome do Contratado Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES		23-Número no CRO 48299		24-UF MG		25-Código ONES				
26-Nome do Profissional Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES		27-Número no CRO 48299		28-UF MG		29-Código CRO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-T Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	5 3 3 0 0	0,00	0,00	0,00	11/01/09	20	Carlos Antonio Rocha da Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término 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-Totais Quantidade US 1533,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Totais 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 autorizar 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 da 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 Favor anexar RX Inicial e final para pagamento, com canais dissociados.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa						

Dr. Carlos Antonio Rocha da Silva
CRO-MG 48299



341086
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/07 4-Data de Autização 12/1/07 5-Serção CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7713475 7-Data Validade da Serção 11/5/10 8-Data Validade da Serção 11/5/10

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Serção 11/5/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA

16-Adesão do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Adesão do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES 18-Número no CRO 48299 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655 22-Nome do Contratado Excedente BARBARA RIBEIRO LINHARES 23-Número no CRO 48299 24-UF MG 25-Código CBO S 48299 26-Nome do Profissional Excedente BARBARA RIBEIRO LINHARES 27-Número no CRO 48299 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento 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-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85100200	36	DO	1	88,00	0,00	5,00	1/10	9/12	0	X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Corridinha 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Valor Total R\$ 88,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

2-N^o

323745
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



347872
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10/17/12/01	4-Data de Autorização 10/8/10/8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7745393	7-Data Validade da Senha 12/7/11/10/12/01
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202025060655002185011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA	25/11/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA	

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 1100633786551	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CBO 48299
18-Número no CBO 48299	19-UF MG
23-Número no CBO 48299	24-UF MG
25-Código CNES	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraço	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	010	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00						Carlos A. R.
2	010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00						Carlos A. R.
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00						Carlos A. R.
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00						Carlos A. R.
5	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00						Carlos A. R.
6	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00						Carlos A. R.
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término 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-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1213,00	10,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 honorários ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
	08/10/10/8/20		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}



331325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 6/12/01	4-Data de Autorização 10/4/10 7/12/01	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7669620	7-Data Validade de Santa 12/7/10 9/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0102012531066601000103	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 14/01/2010
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome DANILLO OLIVEIRA GARCIA DE PAULA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO GARCIA DE PAULA		
16-Atendimento a RN BARBARA RIBEIRO LINHARES	17-Número no CRO 48299	18-UF MG	19-Código CRO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11001633786151	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código ONES 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-Tabula	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 Cláusula	42-Assinatura									
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00														
2-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00														
3-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
4-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
5-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
6-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
7-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
8-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
9-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
10-00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		49,00	0,00														
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-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
												1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		498,00		10,00			

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 no contrato. Declaro, ainda que (x/s) procedimento(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

Roberta Ribeiro Costa

Roberta Ribeiro Costa

Declaro, que após ter sido devidamente assistido 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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	04/10/10 Barbara Ribeiro Linhares		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



331321
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão de Guia 12/9/10 6/12/10		4-Data de Autorização 10/4/10 7/12/10		5-Será AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7669588		7-Data Validade da Guia 12/7/10 9/12/10	
8-Número de Contato 0 0 2 0 2 5 3 0 6 6 6 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CAMILA OLIVEIRA GARCIA DE PAULA		23/05/2016		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO GARCIA DE PAULA					
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Endereço do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES		22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		18-Número no CRO 48299		19-UF MG		20-Código CRO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 0 6 3 3 7 8 6 5 5		23-Número no CRO 48299		24-UF MG		25-Código CRO S					
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		27-Número no CRO 48299		28-UF MG		29-Código CRO S					
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Cid	
1 0 0		8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0		0 0 0	
2 0 0		8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7 2 0 0		0 0 0	
3 0 0		8 4 0 0 0 0 5 8		APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		4 9 0 0		0 0 0	
4 0 0		8 4 0 0 0 0 5 8		APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		4 9 0 0		0 0 0	
5 0 0		8 4 0 0 0 0 5 8		APLICAÇÃO DE SELANTE -		1		4 9 0 0		0 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 Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ /		1-1.Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1 2 5 3 10 0		10 10 0		/ /	
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 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(s) 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											
60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		63-Data, local e Contato da Empresa					
/ /		04/10/10		/ /		/ /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



321149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/05/2016 12:00	4-Data de Autorização 10/05/2016 12:00	5-Seria AUTORIZADO	6-Numero de Guia Principal 7616999	7-Data Validade da Seria 10/03/2019 12:00
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
8-Numero da Carteira 10/02/02/53/02/22/54/00/00/01/01			15-Nome do titular do plano LEONEL ALVES DE MIRANDA		
13-Nome LEONEL ALVES DE MIRANDA			14-Teléfono () - - - - -	16-Data Validade da Carteira 18/03/1984	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES		18-Numero no CRO 48299	19-U.F. MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655		22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		23-Numero no CRO 48299	24-U.F. MG
25-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		26-Numero no CRO 48299		27-U.F. MG	28-Código CNES 025 - Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100218
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid
1-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VM	1
2-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1
3-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VD	1
4-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OM	1
5-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VM	1
6-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VM	1
7-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DM	1
8-00	8.5.1.0.0.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	18	MOD	1
9-00	8.5.1.0.0.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 860,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Cop-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

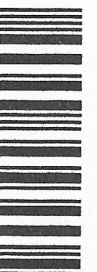
49-Osenação

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 Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



319266
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
02/06/2012

4-Data de Autorização
04/06/2012

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7608454

7-Data Validade da Santa
31/08/2012

8-Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira
0020253022540000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
00/00/00

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LEONEL ALVES DE MIRANDA

18/03/1984

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LEONEL ALVES DE MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0006133718655

22-Nome do Contratado Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO
48299

19-UF
MG

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100200

25-Nome do Profissional Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO
48299

24-UF
MG

25-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00					
2-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00					
3-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00					
4-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00					
5-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00					
6-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00					
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												
17-00												
18-00												
19-00												
20-00												
21-00												
22-00												
23-00												
24-00												
25-00												
26-00												
27-00												
28-00												
29-00												
30-00												
31-00												
32-00												
33-00												
34-00												
35-00												
36-00												
37-00												
38-00												
39-00												
40-00												
41-00												
42-00												
43-00												
44-00												
45-00												
46-00												
47-00												
48-00												
49-00												
50-00												
51-00												
52-00												
53-00												
54-00												
55-00												
56-00												
57-00												
58-00												
59-00												
60-00												
61-00												
62-00												
63-00												
64-00												
65-00												
66-00												
67-00												
68-00												
69-00												
70-00												
71-00												
72-00												
73-00												
74-00												
75-00												
76-00												
77-00												
78-00												
79-00												
80-00												
81-00												
82-00												
83-00												
84-00												
85-00												
86-00												
87-00												
88-00												
89-00												
90-00												
91-00												
92-00												
93-00												
94-00												
95-00												
96-00												
97-00												
98-00												
99-00												
100-00												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

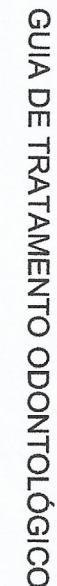
49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Caimbo da Empresa



319258
INTERCÂMBIO

8)Nome da Carteira	0021025302254100000101												
9)Plano	POS REDE PRESTADORA												
10)Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA												
11)Data Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td>/</td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								/		/		
	/		/										
12)Numero do Cartão N													

[illegible]

16-Adm/Inscrição a RM N	17-Atividade Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S
----------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatante	23-Número no CNPJ	24-UF
11 0 0 6 3 3 7 8 6 5 5	BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG
25-Endereço do Profissional Exatante		26-UF	27-CEP
28-Endereço do CNES		29-UF	30-CEP

BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	23/04/2010
--------------------------	-------	----	------------

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Face	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40>Data de Realização	41-Motivo da Cbose	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5,0 0	0,0 0					X
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5,0 0	0,0 0					X
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5,0 0	0,0 0					X
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5,0 0	0,0 0					X
5-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0				3 4,0 0	0,0 0					X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Ocorridos 2-Estado Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1 7 4,0 0

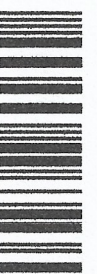
47-Valor Total R\$

0,0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente assistido(a) sob os cuidados, 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 Declaração. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)ser(em) realizado(s) com meu consentimento e de forma salutar. 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. Cristiane Aguiar Bianca Furtado Dentista					
Dra. Cristiane Aguiar					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Canto da Empresa					

2-N^o

333764
INTERCÂMBIO