

457101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614		3-Data de Emissão da Guia 11/9/1011/1211		4-Data de Autorização 12/8/1011/1211		5-Serial AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8210325		7-Data de Validade da Carteira 11/9/1014/1211		8-Intercâmbio INTERCAMBIO			
8-Número da Carteira 010121012151312131817181010101011011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data de Emissão (11/11/11)		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12/05/1992		13-Nome ALEXSANDRO DA SILVA		14-Data de Emissão (11/11/11)		15-Nome do titular do plano ALEXSANDRO DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		18-Número do CBO S 33450		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110119101318161715141111		22-Nome do Contratado Envolvente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Código CHES Envia/r - RX (0) 85100200	
24-Nome do Profissional Envolvente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		25-Número no CRO 33450		26-UF RJ		27-Código CBO S 33450		28-UF RJ		29-Código CBO S 33450		30-UF RJ		31-Código CBO S 33450	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30- Tabela	31- Código de Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- CID	36- Quantidade US	37- V. Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anul	40- Data de Realização	41- Modelo da Císea	42- Assinatura		
1-10	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	11131010	0101010	1128,00	0101010						
2-1														
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

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- V. Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Ortopedia

4- Urgência/Emergência

1- Total

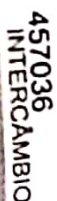
2- Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

Engraving from 1891

100



Digitalizado com CamScanner

[illegible]

•N-2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

455642
INTERC



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8233474	7-Data Validade da Senha 26/04/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202533833100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano ROSIMAR PEREIRA LEAL GRACA	
13-Nome ROSIMAR PEREIRA LEAL GRACA			14-Telefone () -	20-Código CBO S	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 33450	19-UF RJ	25-Código CNES
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Número no CRO 33450	24-UF RJ	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10190386754	22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		27-Número no CRO 33450	28-UF RJ	38-Franquia/Co-participação R\$
26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO			39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		

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
1-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13	1	1	355,00	0,00			26/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 355,00	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--

2-N

456724
INTERCÂMBIO

USOS DO BENEFICÁRIO

1111

JULIANA DA

-
e
-
e

DIANNA SIQUE31-CodingE E10.10.18.211111112

—

1111

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

— — — — —

1017

11

2121

O. Declard, ainda c

1000000

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

100



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

456776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 11/21		4-Data de Autuação 12/5/10 11/21		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8208662		7-Data Validade da Sentença 11/9/10 14/12/11	
8-Número da Carteira 00020253481089000010104		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 LIVIANA DA SILVA AROUCHE		14-Endereço 03/01/2004		15-Nome do titular do plano JULIANA DA SILVA RIBEIRO		16-Endereço a RN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		18-Número no CRO 33450	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101190381617154		20-Código CNES 025 - Faturar Empresa		21-Número no CRO 33450		22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Número no CRO 33450		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		26-Endereço 33450		27-Número no CRO 33450		28-UF RJ		29-Código CBO S			

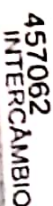
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-COM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0820008159	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	150	100	10,10		25/01/12			
2-0	0820008159	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	150	100	10,10		25/01/12			
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data 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\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totál 2-Parcial	3100,00	10,10	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

2



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



454423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011		4-Data de Autorização 11/01/2011		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8198983		7-Data Validade da Série 11/01/2011	
8-Número da Carteira 0012025305697000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome PALOMA DE ARAUJO BEZERRA	
14-1 delimita ()											
15-Data Validade do Início do Plano 11/01/2011											
16-1 delimita ()											
17-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
18-1 delimita ()											
19-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
20-1 delimita ()											
21-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
22-1 delimita ()											
23-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
24-1 delimita ()											
25-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
26-1 delimita ()											
27-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
28-1 delimita ()											
29-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
30-1 delimita ()											
31-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
32-1 delimita ()											
33-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
34-1 delimita ()											
35-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
36-1 delimita ()											
37-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
38-1 delimita ()											
39-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
40-1 delimita ()											
41-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
42-1 delimita ()											
43-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
44-1 delimita ()											
45-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
46-1 delimita ()											
47-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
48-1 delimita ()											
49-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
50-1 delimita ()											
51-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
52-1 delimita ()											
53-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
54-1 delimita ()											
55-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
56-1 delimita ()											
57-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
58-1 delimita ()											
59-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
60-1 delimita ()											
61-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
62-1 delimita ()											
63-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
64-1 delimita ()											
65-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
66-1 delimita ()											
67-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
68-1 delimita ()											
69-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
70-1 delimita ()											
71-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
72-1 delimita ()											
73-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
74-1 delimita ()											
75-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
76-1 delimita ()											
77-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
78-1 delimita ()											
79-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
80-1 delimita ()											
81-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
82-1 delimita ()											
83-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
84-1 delimita ()											
85-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
86-1 delimita ()											
87-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
88-1 delimita ()											
89-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
90-1 delimita ()											
91-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
92-1 delimita ()											
93-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
94-1 delimita ()											
95-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
96-1 delimita ()											
97-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
98-1 delimita ()											
99-Data Validade da Carteira 11/01/2011											
100-1 delimita ()											

2.4.1

458738
INTERCÂMBIO

Digitalizado com CamScanner

3

454505
INTERCÂMBIO

Digitalizado com CamScanner

244

452094
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/12/10	4-Dia de Autorização 11/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188329	7-Dia Validade da Série 11/12/10	452094 INTERCÂMBIO						
8-Número da Carteira 1002020253238780000010101	9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ALEXSANDRO DA SILVA	14-Tipo 12/05/1992	15-Nome do titular do plano ALEXSANDRO DA SILVA										
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	18-Número no CRO 33450	19-UF RJ	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101190386754	22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	23-Número no CRO 33450	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX							
26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	27-Número no CRO 33450	28-UF RJ	29-Código CBO 5									
30-Planilha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol/Ar	38-Fratura/Co-participação RJ	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-000	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	90,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10		
2-000	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	90,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10		
3-000	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	90,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10		
4-000	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	13,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10		
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/12/10	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 383,00	47-Valor Total R\$ 10,10	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.

19-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



456800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 11/21		4-Data de Autorização 11/09/10 11/21		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8208767		7-Data Validade da Guia 11/09/10 11/21		
8-Número da Carteira 0101201253383311000001103		9-Flanco POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data validade da Carteira 11/09/10 11/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome GABRIEL LEAL FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16/05/2012												
16-Alteração a R/N		17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		18-Número no CRO 33450		19-UF RJ		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01011903816754		22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Número no CRO 33450		24-UF RJ		25-Código CNEC		26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		
27-Número no CRO 33450		28-UF RJ		29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,10	0,10					
2-1												
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		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Tota 2-Parcial		46-Valor Quantidade US 47,10		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 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa						
		11/09/10 11/21		19/01/10 11/21								

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2408



456802
INTERCAMBIO

RECEBEMOS DA(S) DENTIST(A) DOUTOR(A)

1- Nome do Paciente: **ADILSON DE FREITAS FERREIRA** 2- Data de Nascimento: **08/10/1967** 3- Sexo: **M** 4- Estado Civil: **Casado** 5- Profissão: **POS REDE PRESTADORA** 6- Endereços: **1- Rua de Emenda da Costa 119/1011/211 2- Rua de Emenda da Costa 119/1011/211** 7- Cidade: **POUSO ALEGRE** 8- Estado: **RS** 9- País: **BRA** 10- Telefone: **(51) 33450** 11- Celular: **(51) 91011211** 12- E-mail: **adilsonf@posrede.com.br**

13- Nome do Dentista: **DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO** 14- Número de Registro: **33450** 15- Data de Emissão da Guia: **08/10/1967** 16- Data de Validade da Guia: **08/10/1967** 17- Nome da Empresa: **ROSIMAR PEREIRA LEAL GRACA** 18- Endereço da Empresa: **1- Rua de Emenda da Costa 119/1011/211 2- Rua de Emenda da Costa 119/1011/211** 19- Cidade: **POUSO ALEGRE** 20- Estado: **RS** 21- País: **BRA** 22- Telefone: **(51) 33450** 23- Celular: **(51) 91011211** 24- E-mail: **rosimar@posrede.com.br**

25- Nome do Paciente: **DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO** 26- Número de Registro: **33450** 27- Data de Emissão da Guia: **08/10/1967** 28- Data de Validade da Guia: **08/10/1967** 29- Nome da Empresa: **ROSIMAR PEREIRA LEAL GRACA** 30- Endereço da Empresa: **1- Rua de Emenda da Costa 119/1011/211 2- Rua de Emenda da Costa 119/1011/211** 31- Cidade: **POUSO ALEGRE** 32- Estado: **RS** 33- País: **BRA** 34- Telefone: **(51) 33450** 35- Celular: **(51) 91011211** 36- E-mail: **rosimar@posrede.com.br**

Formulário de Tratamento / Procedimento Odontológico												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Denominação	34- Fone	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franguelo-Participação R\$	39- UF	40- Data de Realização	41- Modelo da Guia	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
43- Data Prevista Término do Tratamento												
44- Tipo de Atendimento												
45- Tipo de Faturamento												
46- Total Quantitativo US												
47- Valor Total R\$												
48- Total Franguelo / Participação R\$												
49- Observação												
50- Data Início e Assinatura do Conselho Dental Seccional												
51- Data Início e Assinatura do Conselho Dentário												
52- Data Início e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53- Data Início e Cuidado da Empresa												

2.11



Digitalizado com CamScanner



456526
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/2011	4-Data de Autorização 19/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8207597	7-Data Validade da Senha 19/04/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534808900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA DA SILVA AROUCHE		14-Telefone 03/01/2004	15-Nome do titular do plano JULIANA DA SILVA RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		18-Número no CRO 33450	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10190386754	22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Número no CRO 33450	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		27-Número no CRO 33450	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			19/01/2011		Juliana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 47,00	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 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 19/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

24



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 a cuidar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrita(s) acima, e por mim assumido(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 referido, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

24.

450907
INTERCÂMBIO

●

450906
INTERCÂMBIO

025 -
Faturar Empresa

7

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), (doravante 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.

Só-Dent. local e Assinatura do Curodo-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cargado-De-Lista

52-Dala, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

5.3-Data local e Carimbo da Empresa

Methods of Distillation

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



449812
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2011 4-Data de Autorização 11/06/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8180023 7-Data Validade da Guia 10/08/2014 12-11

8-Número da Carteira 10/02/2012 5 3 4 4 9 1 9 0 0 0 0 1 0 1 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-11/11/11 13-11/11/11 14-11/11/11 15-11/11/11 16-11/11/11 17-11/11/11 18-11/11/11 19-11/11/11 20-11/11/11 21-11/11/11 22-11/11/11 23-11/11/11 24-11/11/11 25-11/11/11 26-11/11/11 27-11/11/11 28-11/11/11 29-11/11/11 30-11/11/11 31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

13-Nome MAX HERCULANO DE SOUZA 14/03/1987 15-11/11/11 16-11/11/11 17-11/11/11 18-11/11/11 19-11/11/11 20-11/11/11 21-11/11/11 22-11/11/11 23-11/11/11 24-11/11/11 25-11/11/11 26-11/11/11 27-11/11/11 28-11/11/11 29-11/11/11 30-11/11/11 31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

16-Autorização a RV 17-11/11/11 18-11/11/11 19-11/11/11 20-11/11/11 21-11/11/11 22-11/11/11 23-11/11/11 24-11/11/11 25-11/11/11 26-11/11/11 27-11/11/11 28-11/11/11 29-11/11/11 30-11/11/11 31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101190386754 22-11/11/11 23-11/11/11 24-11/11/11 25-11/11/11 26-11/11/11 27-11/11/11 28-11/11/11 29-11/11/11 30-11/11/11 31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

26-11/11/11 27-11/11/11 28-11/11/11 29-11/11/11 30-11/11/11 31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

30-11/11/11 31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

31-11/11/11 32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

32-11/11/11 33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

33-11/11/11 34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

34-11/11/11 35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

35-11/11/11 36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

36-11/11/11 37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

37-11/11/11 38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

38-11/11/11 39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

39-11/11/11 40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

40-11/11/11 41-11/11/11 42-11/11/11

41-11/11/11 42-11/11/11

42-11/11/11

43-11/11/11

44-11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



449811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/12	4-Data de Autorização 16/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8180022	7-Data Validade da Senha 08/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253449190000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABEL CRISTINA DE BRITO OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISABEL CRISTINA DE BRITO OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		18-Número no CRO 33450	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10190386754		22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Número no CRO 33450	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		27-Número no CRO 33450		28-UF RJ	29-Código CBO S

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00					
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00					
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00					
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00					
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 19,00	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

450457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
11/01/2012

3-Data de Autuação
11/01/2012

4-Dados do Beneficiário

5-Sistema
AUTORIZADO

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

7-Plano
DENTAL UNI COOPERATIVA

8-Plano
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
DENTAL UNI COOPERATIVA

10-Plano
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Plano
DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Plano
DENTAL UNI COOPERATIVA

13-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

14-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

15-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

16-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

17-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

18-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

19-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

20-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

21-Plano
CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA

16-Atendimento a RV

17-Atendimento a RV

18-Atendimento a RV

19-Atendimento a RV

20-Atendimento a RV

21-Atendimento a RV

22-Atendimento a RV

23-Atendimento a RV

24-Atendimento a RV

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF

26-Código na Operadora / CNPJ / CPF

27-Código na Operadora / CNPJ / CPF

28-Código na Operadora / CNPJ / CPF

29-Código na Operadora / CNPJ / CPF

26-Nome do Profissional Encarregado

27-Nome do Profissional Encarregado

28-Nome do Profissional Encarregado

29-Nome do Profissional Encarregado

30-Nome do Profissional Encarregado

31-Nome do Profissional Encarregado

32-Nome do Profissional Encarregado

33-Nome do Profissional Encarregado

34-Nome do Profissional Encarregado

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela

31-Tabela

32-Tabela

33-Tabela

34-Tabela

35-Tabela

36-Tabela

37-Tabela

1-010181010101301

2-010181010101301

3-010181010101301

4-010181010101301

5-010181010101301

6-010181010101301

7-010181010101301

8-010181010101301

9-010181010101301

10-010181010101301

11-010181010101301

12-010181010101301

13-010181010101301

14-010181010101301

15-010181010101301

16-010181010101301

17-010181010101301

18-010181010101301

19-010181010101301

20-010181010101301

21-010181010101301

22-010181010101301

23-010181010101301

24-010181010101301

25-010181010101301

26-010181010101301

27-010181010101301

28-010181010101301

29-010181010101301

30-010181010101301

31-010181010101301

32-010181010101301

33-010181010101301

34-010181010101301

35-010181010101301

36-010181010101301

37-010181010101301

38-010181010101301

39-010181010101301

40-010181010101301

41-010181010101301

42-010181010101301

43-010181010101301

44-010181010101301

45-010181010101301

46-010181010101301

47-010181010101301

48-010181010101301

49-010181010101301

50-010181010101301

51-010181010101301

52-010181010101301

53-010181010101301

54-010181010101301

55-010181010101301

56-010181010101301

57-010181010101301

58-010181010101301

59-010181010101301

60-010181010101301

61-010181010101301

62-010181010101301

63-010181010101301

64-010181010101301

65-010181010101301

66-010181010101301

67-010181010101301

68-010181010101301

69-010181010101301

70-010181010101301

71-010181010101301

72-010181010101301

73-010181010101301

74-010181010101301

75-010181010101301

76-010181010101301

77-010181010101301

78-010181010101301

79-010181010101301

80-010181010101301

81-010181010101301

82-010181010101301

83-010181010101301

84-010181010101301

85-010181010101301

86-010181010101301

87-010181010101301

88-010181010101301

89-010181010101301

90-010181010101301

91-010181010101301

92-010181010101301

93-010181010101301

94-010181010101301

95-010181010101301

96-010181010101301

97-010181010101301

98-010181010101301

99-010181010101301

100-010181010101301

101-010181010101301

102-010181010101301

103-010181010101301

104-010181010101301

105-010181010101301

106-010181010101301

107-010181010101301

108-010181010101301

109-010181010101301

110-010181010101301

111-010181010101301

112-010181010101301

113-010181010101301

114-010181010101301

115-010181010101301

116-010181010101301

117-010181010101301

118-010181010101301

119-010181010101301

120-010181010101301

121-010181010101301

122-010181010101301

123-010181010101301

124-010181010101301

125-010181010101301

126-010181010101301

127-010181010101301

128-010181010101301

129-010181010101301

130-010181010101301

131-010181010101301

132-010181010101301

133-010181010101301

134-010181010101301

135-010181010101301

136-010181010101301

137-010181010101301

138-010181010101301

139-010181010101301

140-010181010101301

141-010181010101301

142-010181010101301

143-010181010101301

144-010181010101301

145-010181010101301

146-010181010101301

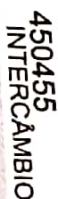
147-010181010101301

148-010181010101301

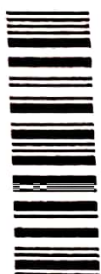
149-010181010101301

150-010181010101301

2-15

48-Obavestio

2415

450456
INTERCÂMBIO[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os produtos, marcas, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a associação do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assinante 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 voluntária. 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.

[illegible]

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

24x



450453
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emisión de Guía 11/01/21		4-Data de Autorización 11/01/21		5-Serie AUTORIZADO		6-Numero de Guía Principal 8182118		7-Data Validada de Serie 11/01/21	
8-Data de Emisión de Guía 10/02/21		9-3-2-2-7-0-9-0-0-0-0-1-0-1		10-Partido POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validada de Guía 11/01/21		13-Numero de Carta de Crédito Intercedente de Salud	
14-Nombre KARINA MACHADO DE OLIVEIRA											
15-Data de Certificación Responsabilidad por Tratamiento 02/11/1982											
16-Endeudamiento a RV N											
17-Nombre de Profesional Societaria DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
18-Codigo de Operación / CNPJ / CPF 1101190386754											
19-Nombre de Comercio Excluyente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
20-Plano de Tratamiento / Procedimientos Substanciales DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
21-Tabla											
31-Código de Procedimiento		32-Descripción		33-Diagnóstico		34-Fecha		35-Ciudad		36-Cantidad de U\$	
1-00811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00		0,00		51,00	
2-1											
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 Termino de Tratamiento											
44-Tipo de Abandono											
45-Tipo de Tratamiento											
46-Tipo de Distribución U\$											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participación R\$											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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

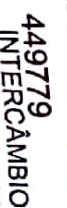
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cópia da Empresa

1



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

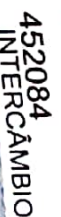
2.º



452088
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/21		4-Data de Autorização 11/21/10 11/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8188294		7-Data Validação da Guia 11/21/10 11/21	
8-Número da Carteira 010210215132138781010101010101		9-Primo POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 11/11/11/11		12-Forma do titular do plano ALEXSANDRO DA SILVA		13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXSANDRO DA SILVA											
14-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 12/05/1992											
15-Atendimento a RIN N											
16-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
17-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
18-Código de Operadora / CNPJ / CPF 11011910386754											
19-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
20-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
21-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
22-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
23-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
24-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
25-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
26-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
27-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
28-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
29-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
30-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
31-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
32-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
33-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
34-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
35-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
36-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
37-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
38-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
39-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
40-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
41-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
42-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
43-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
44-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
45-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
46-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
47-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
48-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
49-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
50-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
51-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
52-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
53-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
54-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
55-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
56-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
57-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
58-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
59-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
60-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
61-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
62-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
63-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
64-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
65-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
66-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
67-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
68-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
69-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
70-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
71-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
72-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
73-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
74-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
75-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
76-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
77-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
78-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
79-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
80-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
81-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
82-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
83-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
84-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
85-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
86-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
87-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
88-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
89-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
90-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
91-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
92-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
93-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
94-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
95-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
96-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
97-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
98-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
99-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
100-Atendimento a RIN DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											

245



Digitalizado com CamScanner

3-Data de Emissão da Guia

7

A DE TRAT

CONTOLÓG

2-N-

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Região ANS

406414

2-Dados de Emissão da Guia

13/10/11

3-Dados de Autorização

11/09/11

4-Será Autorizado

AUTORIZADO

5-Endereço

8191681

6-Endereço da Guia Principal

8191681

7-Dados de Validação da Guia

13/10/11

8-Endereço de Validação da Guia

452857

9-Endereço de Validação da Guia

INTERCÂMBIO

13-Nome

JULIANA DA SILVA RIBEIRO

14-Endereço

11/09/11

15-Endereço

11/09/11

16-Endereço

11/09/11

17-Endereço

11/09/11

18-Endereço

11/09/11

19-Endereço

11/09/11

20-Endereço

11/09/11

21-Endereço

11/09/11

22-Endereço

11/09/11

23-Endereço

11/09/11

24-Endereço

11/09/11

25-Endereço

11/09/11

26-Endereço

11/09/11

27-Endereço

11/09/11

28-Endereço

11/09/11

29-Endereço

11/09/11

30-Endereço

11/09/11

31-Endereço

11/09/11

32-Endereço

11/09/11

33-Endereço

11/09/11

34-Endereço

11/09/11

35-Endereço

11/09/11

36-Endereço

11/09/11

37-Endereço

11/09/11

38-Endereço

11/09/11

39-Endereço

11/09/11

40-Endereço

11/09/11

41-Endereço

11/09/11

42-Endereço

11/09/11

43-Endereço

11/09/11

44-Endereço

11/09/11

45-Endereço

11/09/11

46-Endereço

11/09/11

47-Endereço

11/09/11

48-Endereço

11/09/11

49-Endereço

11/09/11

50-Endereço

11/09/11

51-Endereço

11/09/11

52-Endereço

11/09/11

53-Endereço

11/09/11

54-Endereço

11/09/11

55-Endereço

11/09/11

56-Endereço

11/09/11

57-Endereço

11/09/11

58-Endereço

11/09/11

59-Endereço

11/09/11

60-Endereço

11/09/11

61-Endereço

11/09/11

62-Endereço

11/09/11

63-Endereço

11/09/11

64-Endereço

11/09/11

65-Endereço

11/09/11

66-Endereço

11/09/11

67-Endereço

11/09/11

68-Endereço

11/09/11

69-Endereço

11/09/11

70-Endereço

11/09/11

71-Endereço

11/09/11

72-Endereço

11/09/11

73-Endereço

11/09/11

74-Endereço

11/09/11

75-Endereço

11/09/11

76-Endereço

11/09/11

77-Endereço

11/09/11

78-Endereço

11/09/11

79-Endereço

11/09/11

80-Endereço

11/09/11

81-Endereço

11/09/11

82-Endereço

11/09/11

83-Endereço

11/09/11

84-Endereço

11/09/11

85-Endereço

11/09/11

86-Endereço

11/09/11

87-Endereço

11/09/11

88-Endereço

11/09/11

89-Endereço

11/09/11

90-Endereço

11/09/11

91-Endereço

11/09/11

92-Endereço

11/09/11

93-Endereço

11/09/11

94-Endereço

11/09/11

95-Endereço

11/09/11

96-Endereço

11/09/11

97-Endereço

11/09/11

98-Endereço

11/09/11

99-Endereço

11/09/11

100-Endereço

11/09/11

1-Região ANS

406414

2-Dados de Emissão da Guia

13/10/11

3-Dados de Autorização

11/09/11

4-Será Autorizado

AUTORIZADO

5-Endereço

8191681

6-Endereço da Guia Principal

8191681

7-Dados de Validação da Guia

13/10/11

8-Endereço de Validação da Guia

452857

9-Endereço de Validação da Guia

INTERCÂMBIO

13-Nome

JULIANA DA SILVA RIBEIRO

14-Endereço

11/09/11

15-Endereço

11/09/11

16-Endereço

11/09/11

17-Endereço

11/09/11

18-Endereço

11/09/11

19-Endereço

11/09/11

20-Endereço

11/09/11

21-Endereço

11/09/11

22-Endereço

11/09/11

23-Endereço

11/09/11

24-Endereço

11/09/11

25-Endereço

11/09/11

26-Endereço

11/09/11

27-Endereço

11/09/11

28-Endereço

11/09/11

29-Endereço

11/09/11

30-Endereço

11/09/11

31-Endereço

11/09/11

32-Endereço

11/09/11

33-Endereço

11/09/11

34-Endereço

11/09/11

35-Endereço

11/09/11

36-Endereço

11/09/11

37-Endereço

11/09/11

38-Endereço

11/09/11

39-Endereço

11/09/11

40-Endereço

11/09/11

41-Endereço

11/09/11

42-Endereço

11/09/11

43-Endereço

11/09/11

44-Endereço

11/09/11

45-Endereço

11/09/11

46-Endereço

11/09/11

47-Endereço

11/09/11

48-Endereço

11/09/11

49-Endereço

11/09/11

50-Endereço

11/09/11

51-Endereço

11/09/11

52-Endereço

11/09/11

53-Endereço

11/09/11

54-Endereço

11/09/11

55-Endereço

11/09/11

56-Endereço

11/09/11