



## 2-N

646556  
INTERCÂMBIO

405

---

41- Motivo da Glosa 42- Ass

$$\frac{2}{3} \times \frac{3}{4} = \frac{2 \times 3}{3 \times 4} = \frac{6}{12} = \frac{1}{2}$$

28. 2024

—

[illegible]

—

[illegible]

—

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

—

|    |     |
|----|-----|
| 1  | 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 |

48-Total Francus / Co-participa

... que assina esse document

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

1001

1



## 244

641087  
INTERCÂMBIO

side

01811202411

[illegible]

—  
—  
—  
—  
—  
—  
—

1111

1000

一一一

100

\_\_\_\_\_

1111

11

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

---

\_\_\_\_\_

630960  
INTERCÂMBIO

|                           |                                             |                                         |                         |                                        |                                              |
|---------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1- Registro ANS<br>400714 | 3- Data de Emissão da Guia<br>12/2/10 17/21 | 4- Data de Autorização<br>12/7/10 17/21 | 5- Status<br>AUTORIZADO | 6- Número da Guia Principal<br>8846437 | 7- Data Validade da Servico<br>12/10/11 0/21 |
|---------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8-Número da Carteira        | 0102102153912919110000011011                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9-Plano                     | POS REDE PRESTADORA                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10-Empresa                  | DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11-Dia Validade da Carteira | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12-Número do Cartão         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |            |                      |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 13-Memoria<br>JOSIELE RIBEIRO DOS SANTOS RAMOS<br>Tribuna do Contrato Respostivo pelo Tratamento | 07/11/1986 | 14-Realização<br>( ) | 15-Localização do Edital do Edital<br>JOSIELE RIBEIRO DOS SANTOS RAMOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------|

|                          |                                                                                 |                           |             |                 |                          |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RH<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA CAROLINA BAGANHIA PEREIRA E OLIVEIRA | 18-Número no CRO<br>26475 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|

|                                           |  |                                         |  |                  |  |       |  |                |  |                 |  |
|-------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------|--|-------|--|----------------|--|-----------------|--|
| 21-Código na Ordem de Compra / CNPJ / CPF |  | 22-Número do Contrato Executado         |  | 23-Número do CNO |  | 24-UF |  | 25-Código CNES |  | Enviar - RX     |  |
| 2 9 7 0 1 2 5 5 8 7 9                     |  | ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA |  | 26475            |  | MG    |  |                |  | (F) 85200166-24 |  |

|                                                                                                |                                             |                               |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p>26-Nome do Profissional Execuinte</p> <p><b>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA</b></p> | <p>27-Número no CRO</p> <p><b>26475</b></p> | <p>28-UF</p> <p><b>MG</b></p> | <p>29-Código CRO S</p> <p><b>(1) 851002.18</b></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|

[illegible][illegible]

3. 

4- \_\_\_\_\_

5- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A horizontal scale bar representing 100%. The bar is divided into 10 equal segments by vertical tick marks. The top of the bar is labeled '100%' on the left and '0' on the right. The bottom of the bar is labeled '0' on the left and '100%' on the right. A yellow highlight is placed on the first segment from the left, which represents 10% of the total length.

[illegible]

12

13

[illegible]

|                                        |                        |                        |                    |                                       |
|----------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| 43 Data Previsto Término do Tratamento | 44 Tipo de Atendimento | 45 Total Quantidade US | 46 Valor Total R\$ | 47 Total Franquia / Copropriedade R\$ |
|                                        |                        | 3.800,00               | 0,00               |                                       |

|                                                                             |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> tratamento odontológico - ortodontia - ortoprotese | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 0 |
| <input type="checkbox"/> 1º e 2º graus                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 0 |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no orçamento. 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores devidos.

49-Observação

|                                                                     |                                                          |                                    |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 91 Data local e Assinatura do Controlador-Diretor(a) da Instituição | 92 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 93 Data local e Cuidado de Emissão |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|

[illegible]

5/10/2015

---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



630588  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                      |                                       |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro AAS<br>408414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/11/2017 | 4-Data de Autorização<br>22/11/2017 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8847405 | 7-Data Validade da Guia<br>22/11/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                 |                               |                                      |                                                                 |                                       |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>01012012539299100001011 | 9-Pelo<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                        | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
| 13-Nome<br>JOSIELE RIBEIRO DOS SANTOS RAMOS     | 07/11/1986                    | 14-Telefone<br>( )                   | 15-Nome do titular do plano<br>JOSIELE RIBEIRO DOS SANTOS RAMOS |                                       |

|                                                                               |                                                                                |                           |                                 |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA | 18-Número no CBO<br>26475 | 19-UF<br>MG                     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>21970112515879                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA    | 23-Número no CBO<br>26475 | 24-UF<br>MG                     | 25-Código CNES<br>0185100218                |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA | 27-Número no CBO<br>26475                                                      | 28-UF<br>MG               | 29-Código CBO S<br>018520016523 | (IF) 85200165-23                            |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região        | 34-Faixa | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor    | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Ocorrência | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------|------------------------|----------|--------|------------------|-------------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| 1         | 00                        | 8 5 1 0 0 2 1 8 | RESTAURAÇÃO RESINA     | 23       | MVP    | 1                | 1 2 2 1 0 0 | 0 1 0 0                         | 1      | 22/11/2017            | 22/11/2017              | Josiele       |
| 2         | 00                        | 8 5 2 0 0 1 6 6 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 23       | 1      | 2 5 8 1 0 0      | 0 1 0 0     | 0 1 0 0                         | 1      | 22/11/2017            | 22/11/2017              | Josiele       |
| 3         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 4         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 5         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 6         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 7         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 8         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 9         |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 10        |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 11        |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 12        |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 13        |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 14        |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |
| 15        |                           |                 |                        |          |        |                  |             |                                 |        |                       |                         |               |

|                                        |                                                                                                                  |                                                 |                                       |                               |                                                  |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br>1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Cirurgia 4 - Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1 - Total 2 - Parcial | 46-Total Quantidade US<br>3 8 0 1 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 0 | 48-Total Franquia/Co-participação R\$<br>0 0 0 0 |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                                          |                                                              |                                                                         |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Grupo-Operadora Solicitante<br>22/11/2017 | 51-Data, local e Assinatura do Grupo-Operadora<br>22/11/2017 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/11/2017 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/11/2017 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

22/11/2017



## 2-N

618419  
INTERCÂMBIO

---

100

4-1) Kerosene 280 Grams 42-2

que assina esse documento

1000



## 2-M

612709  
INTERCĂMBIO

254

---

A1- Método da Class. 4.2- Assa

07/10/24

07/2021

01/06/2024

                

|    |     |
|----|-----|
| 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 |

48-Total Franchise / Co-participate \_\_\_\_\_stante e arcar com os custos: o que assina esse documento

---

1000



## 2-46

[illegible]



## 2-M





# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



445576  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/2011 4-Dia de Autenticação 12/11/2011 5-Serina AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 8165798 7-Dia Validade da Guia 12/11/2013 12/11

8-Dia de Benefício

9-Numero da Carteira 0101201251315179310101011011 10-Pos POS REDE PRESTADORA

11-Nome JOAO PAULO DA SILVA

30/06/1980

12-Identificação DENTAL UNI COOPERATIVA

13-Endereço JOAO PAULO DA SILVA

14-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Endereço do Profissional Responsável

16-Código na Operadora / CNES / CFE

17-Código do Profissional Responsável

18-Código do Profissional Responsável

19-Código do Profissional Responsável

20-Código do Profissional Responsável

21-Código do Profissional Responsável

22-Código do Profissional Responsável

23-Código do Profissional Responsável

24-Código do Profissional Responsável

25-Código do Profissional Responsável

26-Código do Profissional Responsável

27-Código do Profissional Responsável

28-Código do Profissional Responsável

29-Código do Profissional Responsável

30-Código do Profissional Responsável

31-Código do Profissional Responsável

32-Código do Profissional Responsável

33-Código do Profissional Responsável

34-Código do Profissional Responsável

35-Código do Profissional Responsável

36-Código do Profissional Responsável

37-Código do Profissional Responsável

38-Código do Profissional Responsável

39-Código do Profissional Responsável

40-Código do Profissional Responsável

41-Código do Profissional Responsável

42-Código do Profissional Responsável

43-Código do Profissional Responsável

44-Código do Profissional Responsável

45-Código do Profissional Responsável

46-Código do Profissional Responsável

47-Código do Profissional Responsável

48-Código do Profissional Responsável

49-Código do Profissional Responsável

50-Código do Profissional Responsável

51-Código do Profissional Responsável

52-Código do Profissional Responsável

53-Código do Profissional Responsável

54-Código do Profissional Responsável

55-Código do Profissional Responsável

56-Código do Profissional Responsável

57-Código do Profissional Responsável

58-Código do Profissional Responsável

59-Código do Profissional Responsável

60-Código do Profissional Responsável

# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

| 30-Item do Tratamento / Procedimento SCS/Código | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Rengão | 34-Face | 35-Cid. | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquizado-participação R\$ | 39-Aut. | 40-Datas de Realização | 41-Mês da Gestão | 42-Ano da Gestão |
|-------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|---------|------------------|----------|---------------------------------|---------|------------------------|------------------|------------------|
| 1-                                              | 0 0  8 5 2 0 0 1 6 6      | TRATAMENTO ENDODONTICO | 22              |         | 1       | 2 5 8 0 0        | 0 0 0 0  |                                 | S       | J 15 0 04              | 2024             | 188              |
| 2-                                              | 0 0  8 5 1 0 0 2 1 8      | RESTAURAÇÃO RESINA     | 22              | MIP     | 1       | 1 2 2 0 0        | 0 0 0 0  |                                 | S       | J 15 0 04              | 2024             | 188              |
| 3-                                              | 0 0  8 5 1 0 0 1 9 6      | RESTAURAÇÃO RESINA     | 23              | P       | 1       | 6 1 0 0          | 0 0 0 0  |                                 | S       | J 15 0 04              | 2024             | 188              |
| 4-                                              |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 5-                                              |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 6-                                              |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 7-                                              |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 8-                                              |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 9-                                              |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 10-                                             |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 11-                                             |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 12-                                             |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 13-                                             |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 14-                                             |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |
| 15-                                             |                           |                        |                 |         |         |                  |          |                                 |         |                        |                  |                  |

43-Data Prescrição / Fim do Tratamento      44-Tipo de Amadurecimento  
☐ 1-Tratamento Oseológico    2-Estima Radiológica    3-Osteoporosa    4-Vigilância/Emergência

45-tipo de Fraturamento      46-Total Quantidade US      47-Valor Total R\$      48-Total Franquia / Compensação R\$  
☐ 1-Total    2-Parcial                  4|4|1|0|0                  |                  0|0|0|0|                  |

Declaro, que após ter sido devidamente fiscalizado o valor do presente contrato, 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: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: \_\_\_\_\_

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-029, local e Assinatura do Beneficiário  
 51/10/3/24

S3-Data local e Cambio da Empresa



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



524995  
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS  
406414

3º Data de Emissão da Guia  
11/06/2014

4º Data de Autorização  
21/08/2014

5º Série  
AUTORIZADO

6º Número da Guia Principal  
8489235

7º Data Validade da Série  
11/05/2017

Dados do Beneficiário

8º Nome da Criança  
0002025362139000001011

9º Plano  
POS REDE PRESTADORA

10º Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11º Data Validade da Carteira  
11/11/11

12º Número do Cartão Nacional de Saúde

13º Nome  
DANIELI BERNARDES FELIPE

16/01/1990

14º Telefone  
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

15º Nome do Titular do Plano  
DANIELI BERNARDES FELIPE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16º Atendimento a RN  
17º Nome do Profissional Solicitante  
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA

18º Número no CNO  
26475

19º UF  
MG

20º Código CBO S  
025 -

21º Faturar Empresa  
Enviar - RX

22º Código na Operadora / CNPJ / CPF  
12097012515879

23º Nome do Contratado Executante  
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA

24º Número no CNO  
26475

25º UF  
MG

26º Código CBO S  
025 -

27º Faturar Empresa  
Enviar - RX

28º Nome do Profissional Executante  
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA

29º Número no CNO  
26475

30º UF  
MG

31º Código CBO S  
025 -

32º Faturar Empresa  
Enviar - RX

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Densidade | 34- Faixa | 35- Cód | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Faturado | 39- Participação R\$ | 40- Data de Realização | 41- Número da Guia |
|------------|----------------------------|---------------|---------------|-----------|---------|-------------------|-----------|--------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| 1- 00      | 08                         | 5100196       | 24            | 0         | 11      | 1,10              | 10,10     | 10,10        | 10,10                | 10,10                  | 10,10              |
| 2- 00      | 08                         | 5100196       | 25            | 0         | 11      | 1,10              | 10,10     | 10,10        | 10,10                | 10,10                  | 10,10              |
| 3- 00      | 08                         | 5100200       | 26            | 0D        | 11      | 1,10              | 10,10     | 10,10        | 10,10                | 10,10                  | 10,10              |
| 4- 00      | 08                         | 5100196       | 28            | 0         | 11      | 1,10              | 10,10     | 10,10        | 10,10                | 10,10                  | 10,10              |
| 5- 00      | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 6- 00      | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 7- 00      | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 8- 00      | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 9- 00      | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 10- 00     | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 11- 00     | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 12- 00     | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 13- 00     | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 14- 00     | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |
| 15- 00     | 08                         | 5100196       |               |           |         |                   |           |              |                      |                        |                    |

42- Data Prevista Término do Tratamento  
43- Tipo de Atendimento  
44- 1º Tratamento Ocorridos  
45- Exame Radiológico  
46- Ocorrência  
47- Tipo de Faturamento  
48- Total Quantidade US  
49- Valor Total R\$  
50- Total Faturado / Compensação R\$

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

2-N<sup>+</sup>494847  
INTERC

|                          |                                           |                                        |                        |                                       |                                         |                      |
|--------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| 1º Registro ANS<br>40641 | 3 Data de Emissão da Guia<br>10/9/03/12/1 | 4 Data de Autorização<br>11/01/03/12/1 | 5 Status<br>AUTORIZADO | 6 Número da Guia Principal<br>C370100 | 7 Data Válida da Serina<br>10/7/06/12/1 | 4984/<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|

|                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 9-Número da Carteira                  | 0002025339409000101    |
| 9-Pano                                | POS REDE PRESTADORA    |
| 10-Empresa                            | DENTAL UNI COOPERATIVA |
| 11-Data Verificação da Carteira       | 11/11/11               |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                        |

|                                           |                                                                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>CARLOS ALEXANDRE SIQUEIRA LIMA | 24/01/1981                                                        |
| 14-Telefone<br>( ) - ( )                  | 15-Endereço do titular do plano<br>CARLOS ALEXANDRE SIQUEIRA LIMA |

|                                                 |                                                                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |                                                                                |
| 16. Atendimento a RN<br>N                       | 17. Nome do Profissional Contratado<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA |
| 18. Número no CRO<br>26475                      | 19. UF<br>MG                                                                   |
| 20. Código CAO S                                | 025 -<br>Faturar Empresa                                                       |

|                                     |   |                                |   |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF |   | 22-Nome do Contratado Exatidão |   |
| 12                                  | 9 | 7                              | 0 |
| 1                                   | 2 | 5                              | 5 |
| 8                                   | 7 | 9                              |   |
|                                     |   |                                |   |
| 23-Número no CNO                    |   | 24-UF                          |   |
| 26475                               |   | MG                             |   |
| 25-Código CIES                      |   | 26-UF                          |   |
|                                     |   |                                |   |
| Enviar - RX                         |   |                                |   |
| (1) 85100200                        |   | (1) 85100226                   |   |

|                                         |                  |       |                              |
|-----------------------------------------|------------------|-------|------------------------------|
| 20 Nome do Profissional Exercitante     | 27 Número no CRO | 28 UF | 29 Código CBO S              |
| ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA | 26475            | MG    | (1) 85100200<br>(1) 85100200 |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Sólidos |                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|
| 310 Tabela                                  | 31- Código do Procedimento       |
| 320 Descrição                               | 33- Descrição                    |
| 33- Data Regio                              | 34- Fatores                      |
|                                             | 35- Cód.                         |
|                                             | 36- Quantidade US                |
|                                             | 37- Valor                        |
|                                             | 38- Faturado/Co-participação R\$ |
|                                             | 39- Aut.                         |
|                                             | 40- Data de Realização           |
|                                             | 41- Motivo da Glosa              |
|                                             | 42- Assinatura                   |

[illegible][illegible][illegible]

9

[illegible]

|  | 0 | 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 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523</ |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|

12

[illegible][illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a lidar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), julgarão 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 |  |
|---------------|--|

|                                                 |                                                            |                                      |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 51) Data, local e Assinatura do Cripto-Dentista | 52) Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53) Data, local e Carimbo da Empresa |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|

[illegible]

---

2-N<sup>+</sup>490199  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0                                                                                                                                                                                                                                    | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3 | 3 | 9 | 4 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 9-Plano                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| POS REDE PRESTADORA                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10-Empresa                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11-Data Validada da Cédula                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12-Currículo do Cidadão responsável para assinatura                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

[illegible]

|                       |                                                                                       |                                  |                    |                                                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br><b>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA</b> | 18-Número do CBO<br><b>26475</b> | 19-UF<br><b>MG</b> | 20-Código CAGEP<br><b>025 - Faturar Empresa</b> |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|

|                                    |                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------|
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF | 12 9 17 0 1 1 2 5 5 8 7 9               |
| 22-Nome do Controlado Execuinte    | ANA CAROLINA BAGANHÃ PEREIRA E OLIVEIRA |
| 23-Número no CRO                   | 26475                                   |
| 24-UF                              | MG                                      |
| 25-Código CUNES                    |                                         |
| Enviar - RX                        |                                         |
| (F) 85200106-14                    | (F) 85100200                            |

|                                                                                        |                                   |                     |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| CO-NOME DO PROFESSOR(A) EM EXERCÍCIO<br><b>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA</b> | ZI-NÚMERO NO CNUC<br><b>26475</b> | LEO-UF<br><b>MG</b> | E-MAIL (OBRIGATÓRIO)<br>( ) 031.1042.19<br>(f) 85.1002.18 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|

[illegible][illegible]

|                         | RESTAURAÇÃO RESINA | MOD           | \$           |
|-------------------------|--------------------|---------------|--------------|
| 3-0 0 8 5 1 0 0 2 1 8   | 14                 | 1 1 2 2 0 0   | 1/04/03-2021 |
| 4-0 0 8-5 2-0 0-1 6-6   | 14                 | 1 1 2 5 8 0 0 | 1/04/03-2021 |
| TREATAMENTO ENDODONTICO | 14                 | 1 1 0 0 0 0   | 1/04/03-2021 |

[illegible]

0 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]

\_\_\_\_\_

[illegible]

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Tratamento Oncológico<br><input type="checkbox"/> 2 Exame Radiológico<br><input type="checkbox"/> 3 Ortopedia<br><input type="checkbox"/> 4 Fisiologia<br><input type="checkbox"/> 5 Emprego | <input type="checkbox"/> 1 Total<br><input type="checkbox"/> 2 Período | <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 8<br><input type="checkbox"/> 9<br><input type="checkbox"/> 10<br><input type="checkbox"/> 11<br><input type="checkbox"/> 12 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Declaro, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

$\frac{d}{dt} C_A = -k_1 C_A + k_2 C_B$

|                                                              |          |  |
|--------------------------------------------------------------|----------|--|
| 00-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 03/03/14 |  |
| 01-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             | 03/03/14 |  |
| 02-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável     | 03/03/14 |  |
| 03-Dia, local e Cambio da Empresa                            | 03/03/14 |  |



|                          |                                               |                                           |                       |                                       |                                              |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/12/10 3/12/11 | 4-Data de Autopreenho<br>10/12/10 3/12/11 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8347328 | 7-Data Validade da Senha<br>13/11/10 5/12/11 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

|                                |                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira           | 0 1 0 2 0 2 5 3 3 9 4 0 9 0 0 0 0 0 1 0 1 |
| 9-Primo                        | POS REDE PRESTADORA                       |
| 10-Empresa                     | DENTAL UNI COOPERATIVA                    |
| 11-Dota Verificada da Carteira | / / / / /                                 |
| 12-Número do Cartão            |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CARLOS ALEXANDRE SIQUEIRA LIMA</b></p> <p>24/01/1981</p> <p>(<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>) (<u>  </u>)</p> <p><b>CARLOS ALEXANDRE SIQUEIRA LIMA</b></p> | <p>16. Alinhamento a RN</p> <p>17. Alterar do Profundidade do Tratamento</p> <p>18. Centralizar Responsável pelo Tratamento</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                  |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                                |    |                           |                          |                                |  |                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|----------------|--|
| N                                                                                | ANA CAROLINA BAGANHIA PEREIRA E OLIVEIRA |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 18 Número no CNPJ<br>26475 |                                                                                | MG |                           | 025 -<br>Faturar Empresa |                                |  |                |  |
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF<br>12   9   7   0   1   2   5   5   8   7   9 |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            | 22-Nome do Contribuinte Executante<br>ANA CAROLINA BAGANHIA PEREIRA E OLIVEIRA |    | 23-Número no CNO<br>26475 |                          | 24-UF<br>MG                    |  | 25-Código ONES |  |
|                                                                                  |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                                |    |                           |                          | Enviar - RX<br>(f) 85200166-22 |  |                |  |

|                                                                                      |                                  |                    |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br><b>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA</b> | 27-Número no CNO<br><b>28475</b> | 28-UF<br><b>MG</b> | 29-Código CBO S<br><b>(1) 85100218</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------------|

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 10 | 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 |
| 11 | 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 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |

[illegible][illegible][illegible]

42-Querregio

|                                                           |            |            |
|-----------------------------------------------------------|------------|------------|
| 90-Data, local e Assinatura do Crupendo-Dentista          | 02/10/2011 | 02/10/2011 |
| 91-Data, local e Assinatura do Crupendo-Dentista          | 02/10/2011 | 02/10/2011 |
| 92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 02/10/2011 | 02/10/2011 |
| 93-Data, local e Caminho da Empresa                       | 02/10/2011 | 02/10/2011 |

[illegible]

---



7-Data Variabile da Stereio

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

מחיר: 100 ₪

ANNA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA[illegible]

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

referentes ao

• Alleviating and removing pain distresses: ...



Tratamento Odontológico

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



596404  
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/14/06 4-Dia de Autuação 12/19/06 5-Seria AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 8737869 7-Dia Validade da Guia 12/12/09 12/1

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 10/02/02 5/3/8/1 5/07/00 0/01/03 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Numero da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL DE SOUSA SANTOS 01/01/2006 14-Telefone 15-Nome do Estudar do plano SONIA DE SOUSA

Dados do Contratado Responder pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA 18-Numero no CRO 26475 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 01/85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Encarregado ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA 23-Numero no CRO 26475 24-UF MG 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Examinante ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA 27-Numero no CRO 26475 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-1 tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Coparticipação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Atendimento |
|-------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------|
| 1-00        | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 13,5             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 2-00        | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 13,5             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 3-00        | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 13,5             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 4-00        | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 13,5             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 5-00        | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 35              | 0       | 1      | 16,1             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 6-00        | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | 0       | 1      | 16,1             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 7-00        | 85100200                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22              | DV      | 1      | 18,8             | 10,0     | 10,0                           | 10,0   | 10,0                 | 30/06/2004         | Sônia          |
| 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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantiasa US 1350 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Coparticipação 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Quaseção

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Encarregado 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Cessão da Empresa



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



590630  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/06 | 4-Data de Autorização<br>12/11/06 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8719180 | 7-Data Validação da Série<br>11/09/09 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

|                       |                                  |              |                                        |                                       |                                       |
|-----------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8-Data de Nascimento<br>10/02/02 | 9-Idade<br>5 | 10-Data de Emissão da Guia<br>12/11/06 | 11-Data Validação da Guia<br>11/09/09 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

|                                    |                                    |                                       |                               |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| 13-Nome<br>GABRIEL DE SOUSA SANTOS | 14-Endereço<br>POS REDE PRESTADORA | 15-Endereço<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 16-Endereço<br>SONIA DE SOUSA |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 17-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 18-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 19-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 20-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 21-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 22-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 23-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 24-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 25-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 26-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 27-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 28-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 29-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 30-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 31-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 32-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 33-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 34-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 35-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 36-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 37-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 38-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 39-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 40-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 41-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 42-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 43-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 44-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 45-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 46-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 47-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 48-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 49-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 50-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 51-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 52-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 53-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 54-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 55-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 56-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 57-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 58-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 59-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 60-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 61-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 62-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 63-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 64-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 65-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 66-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 67-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 68-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 69-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 70-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 71-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 72-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 73-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 74-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 75-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 76-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 77-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 78-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 79-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 80-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 81-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 82-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 83-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 84-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 85-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 86-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 87-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 88-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 89-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 90-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 91-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 92-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 93-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 94-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 95-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 96-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                            |                                           |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 97-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 98-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 99-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 100-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|

|                                           |                                       |                                             |                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 101-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 102-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 103-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 104-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|

|                                           |                                       |                                             |                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 105-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 106-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 107-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 108-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|

|                                           |                                       |                                             |                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 109-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 | 110-Data de Autorização<br>01/01/2006 | 111-Data de Validação da Guia<br>01/01/2006 | 112-Data de Emissão da Guia<br>01/01/2006 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



564579  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                  |                      |                                       |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão de Guia<br>12/05/2011 | 4-Data de Autopção<br>13/11/2011 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8632244 | 7-Data Validade da Guia<br>12/11/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                        |                               |                                      |                                          |                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>010120121538115017010101010131 | 9-Pano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                                                |                                                                             |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 13-Nome<br>GABRIEL DE SOUSA SANTOS                                             | 14-Telefone<br>( )                                                          | 15-Nome do titular do plano<br>SONIA DE SOUSA |
| 16-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento<br>01/01/2006               |                                                                             |                                               |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA | 18-Número no CRO<br>26475                                                   | 19-UF<br>MG                                   |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP<br>121917011215381150170101010131          | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA | 23-Número no CRO<br>26475                     |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA  | 27-Número no CRO<br>26475                                                   | 28-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa   |

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Cód | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchising/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Matéria da Guia | 42-Autorização |
|---------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|------------------------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------|
| 1       | 01018151101011916         | RESTAURAÇÃO RESINA | 14              | O       | 11     | 16110101         | 01010101 |                                    |        | 12/11/2011           | 12/11/2011         | Soma           |
| 2       | 01018151101011916         | RESTAURAÇÃO RESINA | 17              | O       | 11     | 16110101         | 01010101 |                                    |        | 12/11/2011           | 12/11/2011         | Soma           |
| 3       | 01018151101011916         | RESTAURAÇÃO RESINA | 45              | O       | 11     | 16110101         | 01010101 |                                    |        | 12/11/2011           | 12/11/2011         | Soma           |
| 4       | 01018151101011916         | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | O       | 11     | 16110101         | 01010101 |                                    |        | 12/11/2011           | 12/11/2011         | Soma           |
| 5       | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 6       | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 7       | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 8       | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 9       | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 10      | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 11      | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 12      | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 13      | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 14      | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |
| 15      | 01018151101011916         |                    |                 |         |        |                  |          |                                    |        |                      |                    |                |

|                                            |                                                                                                            |                                             |                                       |                              |                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| 43-Data Prescrição / Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantitativo US<br>121441010 | 47-Valor Total R\$<br>101010 | 48-Total Franchising / Co-participação R\$ |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                |                                                                         |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 49-Declaração<br>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 e cobrados. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado qual 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 Conselho Dentista Solicitante<br>12/11/2011 | 51-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista<br>12/11/2011 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/2011 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>Sonia de Sousa |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

[illegible]537731  
INTERCÂMBIO

11

RINHO47.

|   |   |
|---|---|
| 5 | 0 |
|---|---|

206

22

२७

பாதி

E

|    |    |
|----|----|
| ET | ET |
|----|----|

EE E33[illegible]

1

11

[illegible]

1

## 2.4.4

596445  
INTERCÂMBIO

15-Nome do titular do plano  
**SONIA DE SOUSA**

Faturar Empresa[illegible]

49-Observatorio

50-Data, local e Assinatura do Cursilho-Deus(a) concluinte

29/06/24 DR. ANIRUDDH  
CHOPRA

2011/06/24

[illegible]



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

|                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0                                      | 0 | 0 | 2 | 5 | 3 | 8 | 1 | 5 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 9-Plano POS REDE PRESTADORA            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11-Data Validada da Câmara             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12-Número do Cartão Nacional das Saúde |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 13-Nome do titular do plano            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 14-Telefone                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 15-Nome do titular do plano            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                                          |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
| ANA CLARA DE SOUSA SILVA                 |  |  |  |  |  | 16/10/2012                                                                     |  |  |  |  |  | SONIA DE SOUSA            |  |  |  |  |  |
| Data do Cartão Respostas pelo Tratamento |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                 |  |  |  |  |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA |  |  |  |  |  | 18-Número no CRO<br>26475 |  |  |  |  |  |
|                                          |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  | 19-UF<br>MG               |  |  |  |  |  |
|                                          |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  | 20-Código CNO S           |  |  |  |  |  |
|                                          |  |  |  |  |  |                                                                                |  |  |  |  |  | 025 -<br>Faturar Empresa  |  |  |  |  |  |

|                                     |                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 12   9   7   0   1   2   5   5   8   7   9 |
| 22-Nome do Contratado Envolvido     | ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA    |
| 23-Número no CNO                    | 26475                                      |
| 24-UF                               | MG                                         |
| 25-Código CNE/S                     |                                            |
| 26-Nome do Profissional Envolvido   | ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA    |
| 27-Número no CNO                    | 26475                                      |
| 28-UF                               | MG                                         |
| 29-Código CBO S                     |                                            |

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os riscos, custos e alternativas de tratamento, concordei em aceitar o tratamento, compreendendo e assumindo a responsabilidade por todas as consequências decorrentes do tratamento, incluindo a possibilidade de danos físicos, psicológicos, morais, materiais e financeiros, bem como a possibilidade de danos a terceiros. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a ser(em) realizado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observation

|                                                             |                                             |                                                           |                                     |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Dtla. local e Assinatura do Cregido Dentista Solicitante | 51-Dtla. local e Assinatura do Beneficiario | 52-Dtla. local e Assinatura do Beneficiario / Responsavel | 53-Dtla. local e Carimbo da Empresa |
| 22/01/2021                                                  | 22/01/2021                                  | 22/01/2021                                                | 22/01/2021                          |
|                                                             |                                             |                                                           |                                     |



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



571931  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                       |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                              | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/12/10 16/12/11 | 4-Data de Autorização<br>10/18/10 16/12/11    | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8658003   | 7-Data Validade da Guia<br>31/1/10 18/12/11 |
| 8-Número da Carteira<br>10/12/10 21/5/13 18/15/10 7/10/10 10/10/11 10/12/11                           |                                                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                |                       | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA    |                                             |
| 11-Data Validade da Carteira<br>10/12/10 21/5/13 18/15/10 7/10/10 10/10/11 10/12/11                   |                                                | 12-Nome do Titular do Plano<br>SONIA DE SOUSA |                       | 13-Número da Carteira Nacional de Saúde |                                             |
| 14-Nome<br>ANA CLARA DE SOUSA SILVA                                                                   |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 15-Data do Tratamento / Procedimento Solicitado<br>16/10/2012                                         |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 16-Atendimento a PN<br>17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 18-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 19-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 20-Código CBO S<br>025 -                                                                              |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 21-Código na Operação (CNPJ) CNP<br>22-9170112151879                                                  |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 23-Nome do Contêiner Excludente<br>ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA                            |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 24-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 25-Código CNEIS<br>26475                                                                              |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 26-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 27-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 28-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 29-Código CBO S                                                                                       |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 30-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 31-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 32-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 33-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 34-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 35-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 36-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 37-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 38-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 39-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 40-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 41-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 42-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 43-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 44-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 45-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 46-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 47-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 48-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 49-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 50-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 51-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 52-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 53-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 54-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 55-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 56-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 57-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 58-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 59-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 60-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 61-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 62-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 63-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 64-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 65-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 66-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 67-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 68-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 69-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 70-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 71-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 72-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 73-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 74-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 75-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 76-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 77-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 78-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 79-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 80-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 81-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 82-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 83-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 84-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 85-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 86-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 87-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 88-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 89-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 90-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 91-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 92-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 93-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 94-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 95-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 96-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 97-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 98-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 99-UF<br>MG                                                                                           |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |
| 100-UF<br>MG                                                                                          |                                                |                                               |                       |                                         |                                             |

2-N<sup>+</sup>564565  
INTERCÂMBIO

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| 11-Data Validade da Carteira                |  |
| 12-Quantidade de Cartões Reservas em Cartão |  |

Faturar Empresa

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |
|-------------------------------------------------|
|                                                 |

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos, 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 atuar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), informo 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 atuar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

|                                                            |            |          |  |
|------------------------------------------------------------|------------|----------|--|
| 50-Dia, local e Assinatura do Cregado-Dentista Solicitante | 21/10/2012 |          |  |
| 51-Dia, local e Assinatura do Cregado-Dentista             | 21/10/2012 |          |  |
| 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável   | 21/10/2012 | Sonia de |  |
| 53-Dia, local e Carimbo da Empresa                         |            |          |  |

Scythe