



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1791943
INTERCAMBIO

1º Nome do Paciente

2º Nome do Paciente

3º Nome do Paciente

4º Nome do Paciente

5º Nome do Paciente

6º Nome do Paciente

7º Nome do Paciente

8º Nome do Paciente

9º Nome do Paciente

10º Nome do Paciente

11º Nome do Paciente

12º Nome do Paciente

13º Nome do Paciente

14º Nome do Paciente

15º Nome do Paciente

16º Nome do Paciente

17º Nome do Paciente

18º Nome do Paciente

19º Nome do Paciente

20º Nome do Paciente

21º Nome do Paciente

22º Nome do Paciente

23º Nome do Paciente

24º Nome do Paciente

25º Nome do Paciente

26º Nome do Paciente

27º Nome do Paciente

28º Nome do Paciente

29º Nome do Paciente

30º Nome do Paciente

31º Nome do Paciente

32º Nome do Paciente

33º Nome do Paciente

34º Nome do Paciente

35º Nome do Paciente

36º Nome do Paciente

37º Nome do Paciente

38º Nome do Paciente

39º Nome do Paciente

40º Nome do Paciente

41º Nome do Paciente

42º Nome do Paciente

43º Nome do Paciente

44º Nome do Paciente

45º Nome do Paciente

46º Nome do Paciente

47º Nome do Paciente

48º Nome do Paciente

49º Nome do Paciente

50º Nome do Paciente

51º Nome do Paciente

52º Nome do Paciente

53º Nome do Paciente

54º Nome do Paciente

55º Nome do Paciente

56º Nome do Paciente

57º Nome do Paciente

58º Nome do Paciente

59º Nome do Paciente

60º Nome do Paciente

61º Nome do Paciente

62º Nome do Paciente

63º Nome do Paciente

64º Nome do Paciente

65º Nome do Paciente

66º Nome do Paciente

67º Nome do Paciente

68º Nome do Paciente

69º Nome do Paciente

70º Nome do Paciente

71º Nome do Paciente

72º Nome do Paciente

73º Nome do Paciente

74º Nome do Paciente

75º Nome do Paciente

76º Nome do Paciente

77º Nome do Paciente

78º Nome do Paciente

79º Nome do Paciente

80º Nome do Paciente

81º Nome do Paciente

Cirurgia Dentária
CROSP 14430



1838019
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40E414	3-Data de Emissão da Guia 04/04/24	4-Data de Autuação 04/04/24	5-Cidade AUTOR ZADO	34-Número da Guia Principal 12338787	7-Data Validade da Guia 03/07/24
Dados do Beneficiário:					
6-Número da Carteira 00203251113777000001002	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome CENIRA DA SILVA SOUZA		14-Data de Nascimento 04/05/1976	14-Telefone (11) 39446-0867	15-Nome do titular do plano VINICIUS SOUZA DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	18-Número no CRO 144730	19-UF SP	20-Código CBO 3	025 - Fatura: Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPT 28341173885	22-Nome do Contratado Exercente SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	23-Número no CRO 144730	24-UF SP	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Exercente SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL		27-Número no CRO 144730	28-UF SP	29-Código CBO 3	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Autorização
1	0031000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/04/24		
2	0035200166	TRATAMENTO ENDODONT CO	32		1	25,80	0,00			04/04/24		
3	0035200166	TRATAMENTO ENDODONT CO	33		1	25,80	0,00			04/04/24		
4	0035200166	TRATAMENTO ENDODONT CO	31		1	25,80	0,00			04/04/24		
5	0035200166	TRATAMENTO ENDODONT CO	13		1	25,80	0,00			04/04/24		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofórmula 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1066,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário/Assinante 04/04/24 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/04/24 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/04/24 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/04/24 <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	---

[Assinatura]
Dra. Solange Cabral
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 144730



1855005
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/04/24	4-Data da Autorização 20/04/24	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 12393447	7-Data Validade de Sessão 17/07/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025110617100000101	9-Plano POS REDE FRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FLAIZ DE NOITE SOUSA		14-Telefone 18/08/1995	15-Nome do titular do plano FLAIZ DE NOITE SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	18-Número no CRO 144730	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 28341178865	22-Nome do Contratado Executante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	23-Número no CRO 144730	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL		27-Número no CRO 144730	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Flanco	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oção	42-Assinatura
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	45		1	258,00	0,00		S	20/04/24		Flaiz
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/24 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/24 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/24 x Flaiz	53-Data, local e Assinatura da Empresa 20/04/24
---------------	--	--	---	--

Dra. Solange Cabral
Cirurgião-Dentista
CROSP 144730



1844152
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/04/24	4-Data de Autuação 10/04/24	5-Denome AUTOR ZADO	8-Número da Guia Principal 12359377	7-Data Validade da Guia 10/07/24
9-Dados do Beneficiário					
8-Endereço da Carteira 00202511323050000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome NICOLAS GOMES DE ANDRADE		14-Data 29/08/2015		15-Número da Guia do Plano GICELMA GOMES BARBOSA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL		18-Número no CRO 144730	19-UF SP	20-Código CBO-3 025 - Fatura: Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 28341175885		22-Nome do Contratado Exercente SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL		23-Número no CRO 144730	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Exercente SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL		27-Número no CRO 144730		28-UF SP	29-Código CBO-3	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Validade
1	0031000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/04/24		
2	0034000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			10/04/24		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofórmula 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Oncofórmula 10/04/24 Solange	51-Data, local e Assinatura da Carteira-Dentista 10/04/24 Solange	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/24 Gicelma Gomes	53-Data, local e Carteira da Empresa 10/04/24
---	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.48



1-Registro ANS 406814	3-Dia de Emissão do Guia 04/10/14	4-Dia de Autorização 24/10/14	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número de Guia Prontal 12338907	7-Dia Validade da Guia 03/10/14
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	------------------------------------

1838054
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 01020255351100000011021	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Endereço do Consultório JULIA COSTA LEANDRO

12-Endereço do Consultório JULIA COSTA LEANDRO

13-Endereço do Consultório JULIA COSTA LEANDRO

13-Atividade
ISAQUE BARBOSA DE SANTANA

14-Telefone 19/03/1998

15-Endereço do Consultório JULIA COSTA LEANDRO

16-Endereço do Consultório JULIA COSTA LEANDRO

17-Endereço do Consultório JULIA COSTA LEANDRO

18-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

19-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

20-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

21-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

22-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

23-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

24-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

25-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

26-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

27-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

28-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

29-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

30-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

31-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--

Plano de Tratamento / Diagnóstico / Soluções

32-Tipo de Tratamento	33-Descrição	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade JS	37-Vigor	38-Frequência/Participação	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Matéria de Referência
1-010	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		34	100	0100		0100	0100
2-010	810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		14	010	0100		0100	0100
3-010									
4-010									
5-010									
6-010									
7-010									
8-010									
9-010									
10-010									
11-010									
12-010									
13-010									
14-010									
15-010									

42-Dia de Tratamento	43-Tipo de Anestesia	44-Tipo de Anestesia	45-Tipo de Anestesia	46-Tipo de Anestesia	47-Tipo de Anestesia	48-Tipo de Anestesia	49-Tipo de Anestesia	50-Tipo de Anestesia	51-Tipo de Anestesia	52-Tipo de Anestesia	53-Tipo de Anestesia	54-Tipo de Anestesia	55-Tipo de Anestesia	56-Tipo de Anestesia	57-Tipo de Anestesia	58-Tipo de Anestesia	59-Tipo de Anestesia	60-Tipo de Anestesia	61-Tipo de Anestesia	62-Tipo de Anestesia	63-Tipo de Anestesia	64-Tipo de Anestesia	65-Tipo de Anestesia	66-Tipo de Anestesia	67-Tipo de Anestesia	68-Tipo de Anestesia	69-Tipo de Anestesia	70-Tipo de Anestesia	71-Tipo de Anestesia	72-Tipo de Anestesia	73-Tipo de Anestesia	74-Tipo de Anestesia	75-Tipo de Anestesia	76-Tipo de Anestesia	77-Tipo de Anestesia	78-Tipo de Anestesia	79-Tipo de Anestesia	80-Tipo de Anestesia	81-Tipo de Anestesia	82-Tipo de Anestesia	83-Tipo de Anestesia	84-Tipo de Anestesia	85-Tipo de Anestesia	86-Tipo de Anestesia	87-Tipo de Anestesia	88-Tipo de Anestesia	89-Tipo de Anestesia	90-Tipo de Anestesia	91-Tipo de Anestesia	92-Tipo de Anestesia	93-Tipo de Anestesia	94-Tipo de Anestesia	95-Tipo de Anestesia	96-Tipo de Anestesia	97-Tipo de Anestesia	98-Tipo de Anestesia	99-Tipo de Anestesia	100-Tipo de Anestesia
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

CRISP Dentista

59-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	60-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	61-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	62-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	63-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	64-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	65-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	66-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	67-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	68-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	69-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	70-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	71-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	72-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	73-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	74-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	75-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	76-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	77-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	78-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	79-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	80-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	81-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	82-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	83-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	84-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	85-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	86-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	87-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	88-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	89-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	90-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	91-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	92-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	93-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	94-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	95-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	96-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	97-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	98-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	99-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	100-Endereço do Consultório SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Registro ASES
 406414
 Sección de Estadística de Cuentas
 03/10/14 12:14
 Centro de Autogestión
 03/10/14 12:14
 S-Sistema
 AUTOR ZADO
 Informes de Cuentas P. Inicial
 123356245
 T-Desde Vistas de Sistema
 12/10/17 12:14
 1836968
 INTERCAMBIO

[illegible][illegible]

16- Matrícula no. e RN	17- Nome do produtor rural e endereço	18- Número do CRO	19- Data	20- Código CRO's	21- Valor
N	SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL	144730	SP	025 -	

2	0	3	4	1	1	7	9	8	8	5
224-torre do Cristóvão Execuland										
SOLANGE CRISTINA GARCIA CABRAL										
23-Avenida na CRO										
144730										
SP										
28-C-0090 CNEB										

SO, LANGE CRISTINA GARCIA CABRAL Nome do Titular(a) / Pessoa Responsável	141730 L/PARTICIPAÇÃO NO CNU	SP 28-UJ	25-Código CNU 3
--	---------------------------------	-------------	-----------------

[illegible]

2. 

11

14

43-Quilómetros	44-Tipo de Alimento	45-Tipo de Fabricación	46-Total Cantidad US	47-Valor Total \$S	48-Total Francia / Copropiedad \$3
43-Quilómetros	44-Tipo de Alimento	45-Tipo de Fabricación	46-Total Cantidad US	47-Valor Total \$S	48-Total Francia / Copropiedad \$3

Dedado, que após ter sido devidamente inspecionado sobre as condições, físicas, culturais e alimentares de tratamento, confirma a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os cuidados previstos no contrato. Dedado, ainda, que o(s) proponente(s) assume, a partir desta assinatura(s), a total responsabilidade(s) com o seu comprometimento e de forma selvática. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado ou mesmo aos seus dependentes, os valores devidos.

40001070000

[illegible][illegible]

1836968
INTERCÂMBIO

242



1628942
INTERCÂMBIO

025 - Fatura: Empresa

1000

Dra-Saba

Cirne Cabral

WCPD 4730