



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos do Glorax Attribuído pela	
Dentes do Contratado		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		3 4 4 3 1 3	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Número da Guia de Recursos do Glorax Attribuído pela Operadora		9 - Número da Guia de Recursos do Glorax Attribuído pela Operadora	
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		133556/SP - JULIA BORGES SILVA					
Dentes do Recurso do Procedimento		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glorax do Procedimento		11 - Justificativa	
6 - Número do Lote							
Dentes do Recurso da Guia		14 - Número da Guia Attribuído pela Operadora		15 - Situação		16 - Beneficiário	
3 2 4 8 4 5		3 2 4 8 4 5		CONCLUÍDO		00202530315000000102 - JHEISON FERNANDO DELGADO RIBEIRO	
17 - Código da Glorax da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -		20 -	
Dentes das linhas da Guia		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
20 - Data de Realização do Procedimento		29 - Justificativa do Prestador		31 - Justificativa da Operadora		24 - Tabula	
25 - Valor Recusado		26 - Valor Recusado		27 - Código da Glorax		28 - Descrição do Procedimento	
30 - Valor Aceito							
1 - 1 6 1 0 6 1 2 0 2 0		R M I D		0 1		9 4	
4 1 2 0						8 1 0 0 0 1 4 2 1	
0 1 0 0						RX PERIAPICAL	
						3 0 4 0	
2 -							
1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1							
3 -							
1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1							
4 -							
1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1							
5 -							
1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1							
6 -							
1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceito (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
4 1 2 0		0 1 0 0		1 7 1 0 6 1 2 0 2 0		Dra. Júlia Borges	
						Chefe de Clínica	
						CRO-SP: 1.8356	
						36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
6 - Código na Operadora		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		2		3 4 4 3 1 5	
7 - Nome do Contratado		138356SP - JULIA BORGES SILVA					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 -		13 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		14 - Status		15 - Beneficiário	
3 2 5 1 7 1		3 2 5 1 7 1		CONCLUIDO		00202527164100000101 - LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	
16 - Código da Glosa da Guia		17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		18 -			
19 -		20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Data/Razão		22 - Frase	
23 - Valor Recusado		24 - Justificativa do Prestador		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
30 - Valor Aceito		31 - Justificativa da Operadora		27 - Código da Glosa			
1 6 0 6 2 0 2 0		R M I D		0 1 9 4		8 1 0 0 0 4 2 1	
4 2 0						RX PERIAPICAL	
0 0 0						3 0 4 0	
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceito (R\$)					
4 2 0		0 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador					
1 7 0 6 2 0 2 0		Dra. Julia Borges					
		Cirurgiã Dentista					
		CRD SP: 138356					
		36 - Data de Assinatura da Operadora					
		37 - Assinatura da Operadora					



1 - Registro ANS		3 - Nome do Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pelo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		3 4 4 3 1 8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
6 - Código no Operadora		7 - Nome do Contratado																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		138356SP - JULIA BORGES SILVA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Guia do Procedimento		11 - Justificativa																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
3 2 6 6 1 0		3 2 6 6 1 0		CONCLUÍDO		00202527164100000103 - JULIA CASTELANI LOPES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
17 - Código da Guia da Guia		18 - Justificativa (no caso de recusa de toda a guia) Recorri a glosa pois a paciente esqueceu de colocar a data no procedimento, porém todos os procedimentos da guia foram realizados no dia 23/06/20.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
19 -																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Dados dos Itens da Guia <table border="1"> <thead> <tr> <th>20 - Data de Realização do Procedimento</th> <th>21 - Dente/Região</th> <th>22 - Face</th> <th>23 - Quantidade</th> <th>24 - Tabula</th> <th>25 - Procedimento/Item Assistencial</th> <th>26 - Descrição do Procedimento</th> <th>27 - Código da Guia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- 1 8 0 6 2 0 2 0 </td> <td>4 7 </td> <td>0 . V </td> <td>0 1 </td> <td>9 4 </td> <td>8 5 1 0 0 2 0 0 </td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES</td> <td>1 3 1 7 </td> </tr> <tr> <td>2- 1 2 6 6 4 0 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3- 1 0 0 0 0 0 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>27- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>29- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>32- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>33- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>34- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>36- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>37- 1 1 1 1 1 1 </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabula	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Guia	1- 1 8 0 6 2 0 2 0	4 7	0 . V	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	1 3 1 7	2- 1 2 6 6 4 0								3- 1 0 0 0 0 0								4- 1 1 1 1 1 1								5- 1 1 1 1 1 1								6- 1 1 1 1 1 1								7- 1 1 1 1 1 1								8- 1 1 1 1 1 1								9- 1 1 1 1 1 1								10- 1 1 1 1 1 1								11- 1 1 1 1 1 1								12- 1 1 1 1 1 1								13- 1 1 1 1 1 1								14- 1 1 1 1 1 1								15- 1 1 1 1 1 1								16- 1 1 1 1 1 1								17- 1 1 1 1 1 1								18- 1 1 1 1 1 1								19- 1 1 1 1 1 1								20- 1 1 1 1 1 1								21- 1 1 1 1 1 1								22- 1 1 1 1 1 1								23- 1 1 1 1 1 1								24- 1 1 1 1 1 1								25- 1 1 1 1 1 1								26- 1 1 1 1 1 1								27- 1 1 1 1 1 1								28- 1 1 1 1 1 1								29- 1 1 1 1 1 1								30- 1 1 1 1 1 1								31- 1 1 1 1 1 1								32- 1 1 1 1 1 1								33- 1 1 1 1 1 1								34- 1 1 1 1 1 1								35- 1 1 1 1 1 1								36- 1 1 1 1 1 1								37- 1 1 1 1 1 1							
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabula	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Guia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
1- 1 8 0 6 2 0 2 0	4 7	0 . V	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	1 3 1 7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
2- 1 2 6 6 4 0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
3- 1 0 0 0 0 0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
4- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
5- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
6- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
7- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
8- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
9- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
10- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
11- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
12- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
13- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
14- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
15- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
16- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
17- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
18- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
19- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
20- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
21- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
22- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
23- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
24- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
25- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
26- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
27- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
28- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
29- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
30- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
31- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
32- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
33- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
34- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
35- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
36- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
37- 1 1 1 1 1 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 | 6 | 4 | 4 | 0 |

33 - Valor Total Aceito (R\$) 0 | 0 | 0 | 0 |

34 - Assinatura do Prestador

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO-SP: 138356

35 - Data de Assinatura da Operadora

36 - Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

6-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 3 1 5 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

14. Telefone	18/08/1986
15. Nome do titular do plano	

16-Atendimento a R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Alíquota no CNPJ	19-JUF	20-Código CID 9
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Endossante	23-Número do CNPJ	24-UF
		25-Nome do CNPJ	26-UF	27-Código CNPJ

025 -
Faturar Empresa

26- Nome do Profissional Executante	JULIA BORGES SILVA											
27- Número do CNO	136356											
28- UF	SP											
29- Código CBO S												

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		136.336	SP
30. Tabela			
31. Código do Procedimento			
32. Descrição			
33. Dente/Região	34. Face	35. Qtd	
		36. Quantidade US	
		37. Valor	
		38. Frangível/Co-participação R\$	
		39. Aut	
		40. Data de Realização	
		41. Motivo da Causa	42. Assinatura

[illegible]

3.

4. 

5. 

[illegible]

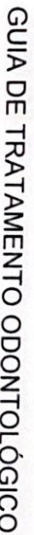
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---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

[illegible][illegible][illegible]

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dado Julia Borges		Dado Julia Borges	
50 Data, local e Assinatura do Solicitante	05/10/2010	51 Data, local e Assinatura do Beneficiário	05/10/2010
52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	09/10/2010	53 Data, local e Carimbo da Empresa	11/11/11

CRO SP: 178335	<i>g. juncaceae</i>
----------------	---------------------

326215
INTERCÂMBIO[illegible]



INTERCAMBIO

10

1111

10

22

三

10

THE

—

[illegible]

—

—

que assina esse documento

10



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



333060
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/07	4-Data de Autorização 03/07/07	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7677875	7-Data Validade da Senha 13/09/2010
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010202527164100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome HELOISE CASTELANI LOPES	21/10/2001	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	

16-Atendimento a BN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Evidenciado JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Evidenciado JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-1-tarefa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método de Gesso	42-Indicador
1-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			01/02/07		HELOISE
2-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			01/02/07		HELOISE
3-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			01/02/07		HELOISE
4-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			01/02/07		HELOISE
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/02/07 J. A. Julia Borges
Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356

51-Data, local e Assinatura do Contratado Evidenciado
01/02/07 Julia Borges
Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/02/07 Lilian Flavia Castelani Lopes

53-Data, local e Endereço da Empresa
/ /



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



331932
INTERCÂMBIO

1- Registro AHS 406414	3- Data de Emissão da Guia 13/01/06	4- Data de Autorização 10/31/07	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7673384	7- Data Validade da Série 12/81/09
---------------------------	--	------------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

8- Número da Clínica 010202527116411000010103	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Clínica 11/11/11	12- Número do Contrato Nacional de Saúde
--	---------------------------------	---------------------------------------	--	--

13- Nome JULIA CASTELANI LOPES	14- Telefone (11) 11111111	15- Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
-----------------------------------	-------------------------------	---

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CRO 138356	19- UF SP	20- Código CBO S 025 -
---------------------------	--	-----------------------------	--------------	---------------------------

21- Código na Operadora / CNOJ / CPF 43958045863	22- Nome do Contratado Excedente JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
---	--	-----------------------------	--------------	--

26- Nome do Profissional Excedente JULIA BORGES SILVA	27- Número no CRO 138356	28- UF SP	29- Código CBO S
--	-----------------------------	--------------	------------------

30- Tabula	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Método da Guia	42- Assinatura
1-	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	88,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 88,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	----------------------------------	-----------------------------	--

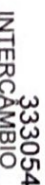
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/2006 Para Julia Borges	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2006 Julia Borges	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2006 Julia	53- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2006
--	---	--	--

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356

2-N²

Dados do Beneficiário

○
○
○
○

LILIAN FLAV16-Atendimento a PDI21-Código na Operad26-Nome do Professor(a)Plano de Tratamiento)

50

2-1

5-1

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

—

[illegible]

10

12

11

151111

70

Declaro, que apos

49-Observação1

2010



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



330279
INTERCAMBIO

1- Registro AAS 406414	3- Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4- Data de Autorização 29/10/2012	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7664304	7- Data Validade da Guia 23/10/2012
---------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	--

8- Número da Carteira 0002025305810000000101	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome MARCELO BRAZ RODRIGUES	24/07/1985	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano MARCELO BRAZ RODRIGUES	
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento				
16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CNO 138356	19- UF SP	20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-
21- Código na Operadora / CNO / CPF 43958045863	22- Nome do Contratado Enrolante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CBO S (1) 81000421-
26- Nome do Profissional Enrolante JULIA BORGES SILVA	27- Número no CNO 138356	28- UF SP	29- Código CBO S	

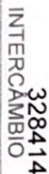
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fica	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Omissão	42- Assinatura
1	00840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00	0,00		2012/10/25		
2	00840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00	0,00		2012/10/25		
3	00840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00	0,00		2012/10/25		
4	00840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00	0,00		2012/10/25		
5	00810004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00	0,00		2012/10/25		
6	00810004211	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00		2012/10/25		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odoncista 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 168,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2012 Dra. Julia Borges	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012 Dra. Julia Borges	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 X	53- Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356



51-Gda, local e Assamblau de Cirurgias-Dentist
 25/10/01
 Dra. Julia Borges
 Cirurgã Dentista
 CRO SP: 1.38356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



329873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/01/2019	3-Sentença AUTORIZADO	4-Data de Autorização 21/01/2019	5-Data 21/01/2019	6-Número da Guia Principal 7662170	7-Data Validade da Sentença 21/01/2019
--------------------------	---	--------------------------	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025271641000001031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12310191201
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome JULIA CASTELANI LOPES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Apresentamento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CNO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNO / CPF 1439580458631	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CHES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CNO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5000	0,0000	0,0000	1	20/01/2019		Julia
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5000	0,0000	0,0000	1	20/01/2019		Julia
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5000	0,0000	0,0000	1	20/01/2019		Julia
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5000	0,0000	0,0000	1	20/01/2019		Julia
5	000000000											
6	000000000											
7	000000000											
8	000000000											
9	000000000											
10	000000000											
11	000000000											
12	000000000											
13	000000000											
14	000000000											
15	000000000											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Seguro 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 14,0000	47-Valor Total R\$ 0,0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0000
--	--	--	-----------------------------------	------------------------------	---

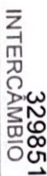
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/2019 Dra. Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2019 Dra. Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/01/2019 Lilian Flavia Castelani Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 1.8356

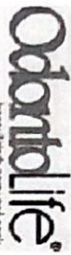
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 1.8356

2-N⁺

~~CRO SP: 128356~~

~~CRO SP: 138350~~

David
David V. F. Rho



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



336259
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/08/2017 12:01	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7691384	7- Data Validade da Sentença 10/06/2018 12:01
---------------------------	--	---------------------------	--	--

8- Nome do Beneficiário HELIOISE CASTELANI LOPES	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome HELIOISE CASTELANI LOPES	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
--------------------------------------	-------------------------------	---

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CRO 138356	19- UF SP	20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	-----------------------------	--------------	--

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 439158104518613	22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CNES
---	---	-----------------------------	--------------	-----------------

26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27- Número no CRO 138356	28- UF SP	29- Código CBO S
---	-----------------------------	--------------	------------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Método da Carga	42- Anestesia
1-0	018	510	019	6								
		RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1							
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Fim do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Frete / Co-participação R\$
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcela			

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), tornam-se 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
14/10/2017, Dr. Julia Borges
Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2017, Dr. Julia Borges
Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/2017, Lilian Flavia Castelani Lopes

53- Data, local e Contorno da Empresa



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.44



337432

INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2001	4-Data de Autorização 13/10/2001	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696861	7-Data Validade da Santa 10/10/2001
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020205217164100000104					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/10/2001					
12-Número de Cartão Nacional de Saúde LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES					
Dados do Contratado / Prestador de Serviço					
16-Acadêmico a BN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNP / CPF 4395180451863
22-Nome do Contratado Encarregado JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES 0185100200	26-Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356
28-UF SP	29-Código CBO S	30-Valor 0,00	31-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00	32-Aut 40-Data de Realização 10/10/2001	41-Medico da Guia 42-Agradecimento
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela 31-Código do Procedimento 10085100200	34-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	35-Quantidade 36	36-Valor 0,00	37-Valor 8,80	38-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00
39-Valor Total R\$ 0,00	40-Valor Total R\$ 0,00	41-Valor Total R\$ 0,00	42-Valor Total R\$ 0,00	43-Valor Total R\$ 0,00	44-Valor Total R\$ 0,00
45-Data Previsto Término do Tratamento					
46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência					
47-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
48-Total Quantidade US 8,80					
49-Valor Total R\$ 0,00					
50-Valor Total R\$ 0,00					
51-Valor Total R\$ 0,00					
52-Valor Total R\$ 0,00					
53-Valor Total R\$ 0,00					
54-Valor Total R\$ 0,00					
55-Valor Total R\$ 0,00					
56-Valor Total R\$ 0,00					
57-Valor Total R\$ 0,00					
58-Valor Total R\$ 0,00					
59-Valor Total R\$ 0,00					
60-Valor Total R\$ 0,00					
61-Valor Total R\$ 0,00					
62-Valor Total R\$ 0,00					
63-Valor Total R\$ 0,00					
64-Valor Total R\$ 0,00					
65-Valor Total R\$ 0,00					
66-Valor Total R\$ 0,00					
67-Valor Total R\$ 0,00					
68-Valor Total R\$ 0,00					
69-Valor Total R\$ 0,00					
70-Valor Total R\$ 0,00					
71-Valor Total R\$ 0,00					
72-Valor Total R\$ 0,00					
73-Valor Total R\$ 0,00					
74-Valor Total R\$ 0,00					
75-Valor Total R\$ 0,00					
76-Valor Total R\$ 0,00					
77-Valor Total R\$ 0,00					
78-Valor Total R\$ 0,00					
79-Valor Total R\$ 0,00					
80-Valor Total R\$ 0,00					
81-Valor Total R\$ 0,00					
82-Valor Total R\$ 0,00					
83-Valor Total R\$ 0,00					
84-Valor Total R\$ 0,00					
85-Valor Total R\$ 0,00					
86-Valor Total R\$ 0,00					
87-Valor Total R\$ 0,00					
88-Valor Total R\$ 0,00					
89-Valor Total R\$ 0,00					
90-Valor Total R\$ 0,00					
91-Valor Total R\$ 0,00					
92-Valor Total R\$ 0,00					
93-Valor Total R\$ 0,00					
94-Valor Total R\$ 0,00					
95-Valor Total R\$ 0,00					
96-Valor Total R\$ 0,00					
97-Valor Total R\$ 0,00					
98-Valor Total R\$ 0,00					
99-Valor Total R\$ 0,00					
100-Valor Total R\$ 0,00					

50-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
51-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
52-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
53-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
54-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
55-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
56-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
57-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
58-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
59-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
60-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
61-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
62-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
63-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
64-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
65-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
66-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
67-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
68-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
69-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
70-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
71-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
72-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
73-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
74-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
75-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
76-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
77-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
78-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
79-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
80-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
81-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
82-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
83-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
84-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
85-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
86-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
87-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
88-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
89-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
90-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
91-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
92-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
93-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
94-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
95-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
96-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
97-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
98-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
99-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*
100-Data, local e Assinatura do Contratado: *Julia Borges*

2-N⁺

INTERCAMBIO

Piano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Diferenças no trabalho realizado, compreendendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos pelo plano de saúde, sob o compromisso de apresentar todos os documentos necessários para comprovar tais despesas.

50-Days, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidária

517 Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

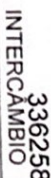
CRO SP: 138356

~~Urogi~~ Dentista

Case SP: 138356



2-N



336258
INTERCÂMBIO

5

1

41- Motivo da Clossa 42- Assin

 20×50

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]

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]

1001

337424
INTERCAMBIO

1º Registro ANS 406614	3º Data de Nascimento 10/10/1971	4º Data de Autorização 13/10/2012	5º Serviço AUTORIZADO	6º Número de Guia Principal 7696838	7º Data Validade da Guia 08/11/2012
Dados do Beneficiário					
8º Número da Carteira 00020253031500000001001	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 JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO					
14º Telefone () - - - - -					
15º Nome do titular do plano JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16º Adoção em nome N	17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18º Número do CRO 138356	19º UF SP	20º Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 439158045863	22º Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23º Número no CRO 138356	24º UF SP	25º Código CNES	
26º Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27º Número no CRO 138356	28º UF SP	29º Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Dia de Realização	41-Moeda	42-Assinatura
1- 10 1 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9		EXODONTIA DE RAIZ	16		1	17,3 10 10		0 10 10			5162/107/16	<i>[Assinatura]</i>
2- _____												
3- _____												
4- _____												
5- _____												
6- _____												
7- _____												
8- _____												
9- _____												
10- _____												
11- _____												
12- _____												
13- _____												
14- _____												
15- _____												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Abandono

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Oclodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US

7 3 10 10

47-Vale Total R\$

0 10 10

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido 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. Declino 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-Observaço

Dra. Jhitha Borges

Dra. Julia Baiges
Cirujana

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante.

21107420

2110712580 SP Dentist

02-DIM. LOCAL ASSINTEUR DO BENEFICARIO RESPONSABE

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 1 1/1 1/1 1

341904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/01/07		4-Dia de Autenticação 12/12/07		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7717004		7-Dia Validade da Senha 11/01/2011		341904 INTERCAMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
8-Número do Beneficiário 10102025298052000000101												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
13-Nome JOSE LEOMAR BATISTA												27/02/1968		14-Telefone		15-Nome do Dotor do Plano JOSE LEOMAR BATISTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
16-Atendimento a BN N												17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18-Número no CRO 138356		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 439580455863												22-Nome do Contratado Exatante JULIA BORGES SILVA		23-Número no CRO 138356		24-UF SP		25-Código CNES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
26-Nome do Profissional Exatante JULIA BORGES SILVA												27-Número no CRO 138356		28-UF SP		29-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												30-Tarifa 31-Código do Procedimento 10081000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Fase 35-ODI 36-Quantidade US 34,00		37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 518,00		39-Adi 40-Dia de Realização 18/01/2011		41-Medico da Guia 42-Autorização																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
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											



Intercolado para uso anti-arte

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



343135
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autocancelamento 22/10/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7722838	7-Data Validade da Guia 19/11/2012
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00020253100430000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PEDRO HENRIQUE SOUSA DE ARAUJO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZA MARIA DE SOUSA
---	----------------------	---

16-Apresentamento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-----------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNE3
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 008100065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Fase 1	35-Qtd 3	36-Quantidade US 4,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 54107,20	39-Ant 40-Data de Realização 21/10/2012	41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura L. Loureiro
---	---------------------------------------	----------------------	--------------	-------------	--------------------------	------------------	---	---	--

3-	ا	ب	ت	ث	ج	د	هـ	و	ز	ح	ط	ي	ك	ل	م	ن	س	ع	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف	ق	ر	ش	ص	ض	ظ	غ	ف
----	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



340015

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/2010	4-Data de Autorização 16/07/2010	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708669	7-Data Validade da Semeta 13/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Endereço da Beneficiária Bela Vista, 1200 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP	9-Serviço POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Guia 15/07/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	----------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JUNIOR DOS REIS LOPES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
----------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43915804518631	22-Nome do Contratado Excedente JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Excedente JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising-co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Autorização
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orcamentos 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franchising / Co-participação R\$		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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), (realizam real) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data local e Assinatura do Cidadão 11/07/2010 Julia Borges	51-Data local e Assinatura do Contratado Dentista 11/07/2010 Julia Borges	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Beneficiária 11/07/2010 Lilian Flavia Castelani Lopes	53-Data local e Carimbo da Empresa CRO SP: 138356
---	---	--	--



Intercâmbio para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



341879
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 400414	3- Data de Emissão da Guia 12/01/07/201	4- Data de Autorização 12/01/07/201	5- Semá AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7716928	7- Data Validade da Semá 11/01/201
---------------------------	--	--	-----------------------	--	---------------------------------------

8- Número da Carteira 01020215311004300000101011	9- Prorro POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/01/201	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
13- Nome LUIZA MARIA DE SOUSA	25/08/1979	14- Telefone (11) 11111111	15- Nome do titular do plano LUIZA MARIA DE SOUSA	

16- Atendimento a RM N		17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- UF SP	19- UF SP	20- Código CBO S 025 -
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863		22- Nome do Contratado Encadente JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CNES Faturar Empresa
26- Nome do Profissional Encadente JULIA BORGES SILVA		27- Número no CRO 138356	28- UF SP	29- Código CBO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchisa/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Guia	42- Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	00	0,00	51110712101011	341879	12/01/07		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franchisa / 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), farão parte do(s) tratamento(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2010 Cirurgião Dentista JULIA BORGES SILVA	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Encadente 12/01/2010 Cirurgião Dentista JULIA BORGES SILVA	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2010 JULIA MARIA DE SOUSA	53- Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	--------------------------------------

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



343131
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 12/12/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7722829	7-Data Validade da Sentença 11/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira

10-020253100430000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUIZA MARIA DE SOUSA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZA MARIA DE SOUSA
---------------------------------	------------------------------	---

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

25/08/1979

16-Aferimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1439580458163

22-Nome do Contrato Executante
JULIA BORGES SILVA

26-Nome do Profissional Executante
JULIA BORGES SILVA

27-Número no CRO
138356

28-UF
SP

29-Código CBO S
025 -

30-Faturar Empresa
Enviar - RX

31-Código de Realização
(1) 851000421-
(1) 85100200

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 Oclusa

42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Aferimento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Realização

47-Valor Total R\$

48-Total Franchia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4



341328
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4- Data de Anulação 21/10/2012	5- Sessão AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7714743	7- Data Validade da Sessão 15/11/2012
---------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------	--	--

8- Número da Carteira 101020252716410000010104	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome HELOISE CASTELANI LOPES	21/10/2012	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano LILLIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
-------------------------------------	------------	-------------------------------	--

16- Atendimento a RM N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número do CRO 138356	19- UF SP	20- Código CRO S
---------------------------	--	-----------------------------	--------------	------------------

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 439580458163	22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CHES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
--	---	-----------------------------	--------------	--

26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27- Número no CRO 138356	28- UF SP	29- Código CRO S
---	-----------------------------	--------------	------------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Qtd	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Método da Obra	42- Assinatura
1	0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6,1100	0,00	0,00	15/10/2012			
2	0108511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8,8100	0,00	0,00	15/10/2012			
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- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	-------------------------	---------------------	--

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012 Dra. Lillia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012 Dra. Lillia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012 Dra. Lillia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	53- Data, local e Cartão da Empresa
---	---	---	-------------------------------------