



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



513318

INTERCAMBIO

1- Registro A/S 406414
 2- Data de Emissão da Guia 13/11/03 12/11
 3- Data de Autorização 05/10/04 12/11
 4- Semáforo AUTORIZADO
 5- Número da Guia Principal 8442988
 6- Data Validade da Semáforo 12/11/06 12/11
 7- Número do Cartão Nacional de Saúde

8- Nome do Beneficiário
 0 0 2 0 2 1 5 3 6 5 0 9 3 0 0 0 1 0 1 1 0 1 1
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Nome do titular do plano
 FLAVIA PASSOS THOMAZ
 13- Nome FLAVIA PASSOS THOMAZ
 14- Telefone () - - - - -

15- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16- Atendimento a RV N
 17- Nome do Profissional Solicitante
 JULIA BORGES SILVA
 18- Número no CRO 138356
 19- UF SP
 20- Código CBO 5
 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3
 22- Nome do Contratado Executante
 JULIA BORGES SILVA
 23- Número no CRO 138356
 24- UF SP
 25- Código CUES (UF) 85400220-25
 26- Nome do Profissional Solicitante
 JULIA BORGES SILVA
 27- Número no CRO 138356
 28- UF SP
 29- Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1- tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental/Região	34- Faixa	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- AJ	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	0 0 8 5 4 0 0 2 2 0 0	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	25	1	2 9 9 0 0	0 0 0 0	5 120 00 0 0	100 00	10 0 0	11/02/1982	Flavia Passos Thomaz	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Final do Tratamento
 44- Tipo de Atendimento
 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento
 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US 2 9 9 0 0
 47- Valor Total R\$ 10 0 0
 48- Total Franquia / Co-participação R\$

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

49- Observação

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



522430
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados do Beneficiário
 3-Dados da Empresa 13/01/04/21 4-Data de Autopagamento 19/04/21 5-Sigla AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8479270 7-Data Validade da Sigla 12/07/21

8-Número da Carteira 02020253646010000101 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome JENIFFER APARECIDA DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JENIFFER APARECIDA DA SILVA

Dados do Gerente Responsável pelo Tratamento
 16-Admissão a RN 17-Nome do Profissional Soluente JULIA BORGES SILVA 18-Número do CRO 138356 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143958045863 22-Nome do Gerente Executante JULIA BORGES SILVA 23-Número no CRO 138356 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (I) 85100218
 26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA 27-Número no CRO 138356 28-UF SP 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abela	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 Oblea 42-Assinatura	
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PDI	1	1 2 2 0 0 0	0	0	0	0	0
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1 0 0 0	0	0	0	0	0
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Datas Previstas Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Estomatologia 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 8 3 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Valor Total R\$ 45-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) (rescrito(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-Operadora

50-Data local e Assinatura do Corregido-Dentista: 20/01/2021 *Julia Borges* 51-Data local e Assinatura do Corregido-Dentista: 20/01/2021 *Julia Borges*
 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20/01/2021 *Jeniffer* 53-Data local e Carimbo da Empresa: []



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



522589
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414
 2- Data de Emissão em Grau 13/10/21
 3- Data de Autorização 19/10/21
 4- Sessão AUTORIZADO
 5- Número da Guia Principal 8479899
 6- Data Válida da Sessão 12/10/21
 7- Número do Cartão Nacional de Saúde

8- Número da Clínica 0020253646010000101
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Válida da Clínica
 12- Nome do titular do plano JENIFFER APARECIDA DA SILVA
 13- Nome JENIFFER APARECIDA DA SILVA
 14- Telefone
 15- Nome do Operador JENIFFER APARECIDA DA SILVA
 16- Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 12/09/1987

17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
 18- Número do CRQ 138356
 19- UF SP
 20- Código CBO S
 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 43191580451863
 22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA
 23- Número no CRQ 138356
 24- UF SP
 25- Código CBO S
 26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA
 27- Número no CRQ 138356
 28- UF SP
 29- Código CBO S
 30- Tabula 31- Código do Procedimento 32- Descrição RX PERIAPICAL 33- Dente/Régulo 34- Foco 35- Cid RIS 36- Quantidade US 37- Valor 38- Franquia/Cop-participação R\$ 39- Aut 40- Data de Realização 41- Motivo de Guia 42- Assinatura

30- Tabula	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Foco	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Cop-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Guia	42- Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14100	0,00	0,00	520,00	12/10/21	Jeniffer		
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- Cheddena 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela
 46- Total Quantidade US 14,00
 47- Valor Total R\$ 0,00
 48- Total Franquia / Cop-participação R\$

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

Dra. Julia Borges
 Dra. Julia Borges
 Dra. Julia Borges

Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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) indicam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a totalidade dos custos conforme previsto em contrato.

49- Observação