



Traga o seu guia para não pagar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{ME}



372113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 09/12/01	4-Data de Autorização 11/14/10 09/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856071	7-Data Validade da Guia 10/08/11 12/12/10
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Idade 10 0 2 0 2 5 3 1 1 7 1 9 0 0 0 0 1 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Guia

10/08/11 12/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

--

13-Nome

EMILLY BORGES DE SOUZA

15/04/2008

14-Telefone

()

15-Nome do titular do plano

JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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-UF SP
--------------------------	-------------

22-Número no CRO 138356	23-UF SP
----------------------------	-------------

24-UF SP	25-Código CNES
-------------	----------------

26-Código CBO S

Faturar Empresa

27-Código na Operadora / CBO U / CPF 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3

28-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA
--

29-Número no CRO 138356	30-UF SP
----------------------------	-------------

31-UF SP	32-Código CBO S
-------------	-----------------

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Regiço	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	13	4	10	0	0	0	0	Jacqueline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Caixa Primária: Tipo de Tratamento

1

44-Tipo de Atendimento

1

45-Tipo de Tratamento

1

46-Tipo de Tratamento

1

47-Valor Total R\$

1

48-Tipo de Tratamento

1

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), tornaram-se(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.

Assinatura

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356



2-N

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solcador49-Observações

60-Dia, local e Assinatura do Cliente 12/11/2012 <i>Dra. Jukita Borges</i> Cirurgia Dentista CRD SP / 138356	61-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 <i>Dra. Jukita Borges</i> Cirurgia Dentista CRD SP / 138356	62-Dia, local e Assinatura de Beneficiário(s) Representante(s) 12/11/2012 <i>Y. G. Siqueira M. R.</i>	63-Dia, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
--	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	3-Data de Autorização 30/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7822895	6-Data Validade da Guia 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102021531279600000101017	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Nome
GIANNE CASTELANI

12/06/2015

14-Telefone
() - - - - -

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA
--	--

25-Nome do Profissional Executante
JULIA BORGES SILVA

18-Número no CRO
138356

19-UF
SP

23-Número no CRO
138356

24-UF
SP

27-Número no CRO
138356

28-UF
SP

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Começo/Regle	34-Fim	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Guia	42-Assinatura
1	00	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	55	OP	1	88,00	0,00	0,00	0,00	51221069120	Neuman
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
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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2012 Dra. Julia Borges	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012 Dra. Julia Borges	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012 Neuman	63-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

6 Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 1 6 4 1 0 0 0 0 1 0 2	
9 Piano POS REDE PRESTADORA	
13 Nome JUNIOR DOS REIS LOPES	07/08/1974
10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	() _ _ _ . - _ _ _ () _ _ _ . - _ _ _
11 Data Validade da Carteira _ / _ / _ _ _ / _ / _	
12 Número do Cartão Nacional de Saúde	
14 Teléfono	
15 Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	

16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Matricula no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		JULIA BORGES SILVA		138356		SP			
21-Código na Opção de CNUJ / CPF				22-Nome do Contratado Exatamento		23-Numero no CRO		24-UF	
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3				JULIA BORGES SILVA		138356		SP	
								25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exatamento				27-Numero no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
JULIA BORGES SILVA				138356		SP			

025 -

Falhar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados											
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Mat/br	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OVD	1	12200		0000			
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dia da Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Fracionamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

12200

47-Valor Total R\$

0000

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, compreendendo-me e cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos anteriormente. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) (telexform 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 aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 . Imagens analisadas

60-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	1/1	1/1
-------------------------------------	-----	-----

Dra. ~~Julia~~ Borges

Cirurgiã Dentistã

CRO SP: 1:8356

The following table shows the results of the regression analysis for the dependent variable "Number of children in the household" (N = 1,000). The independent variables are "Age of the head of household" and "Gender of the head of household". The results are presented in the following table:

Variable	Coefficient	Standard Error	t-statistic	p-value
Age of the head of household	0.001	0.001	1.00	0.316
Gender of the head of household	0.001	0.001	1.00	0.316
Constant	1.000	0.000	1.00	0.316

The results show that the coefficient for "Age of the head of household" is 0.001, with a standard error of 0.001 and a t-statistic of 1.00. The p-value is 0.316, which is greater than the 0.05 significance level. Therefore, we fail to reject the null hypothesis that the coefficient is zero.

The coefficient for "Gender of the head of household" is also 0.001, with a standard error of 0.001 and a t-statistic of 1.00. The p-value is 0.316, which is greater than the 0.05 significance level. Therefore, we fail to reject the null hypothesis that the coefficient is zero.

The constant term is 1.000, with a standard error of 0.000 and a t-statistic of 1.00. The p-value is 0.316, which is greater than the 0.05 significance level. Therefore, we fail to reject the null hypothesis that the constant is zero.

10

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

www.mhhe.com

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

...the ...

1000-0000/01/0000-0000\$10.00/0

© 2004 by Blackwell Publishing Ltd

1998

© 2000 Blackwell Science Ltd

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[illegible]

CONSTITUTIONAL COURT OF THE UNITED STATES

1. The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is argued that the study of the history of the English language is essential for a full understanding of the language and its development. The paper then discusses the various factors that have influenced the development of the English language, including the influence of other languages, the influence of social and cultural changes, and the influence of technological advances. The paper concludes by discussing the importance of the study of the history of the English language for the future of the language.

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

Copyright © 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

100

Don't miss the new

[illegible]

100



2-N-

45-03507-1

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

45-03507-1

60-Dúpla, 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 o Carimbo da Empresa

~~Dra. Julie
Dentist~~

~~Civiroiã Dentistă~~

CRO SP: 1:8356

CRO SP: 128356



2-N

383736
INTERCÂMBIO

epid

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

10

1000

41- Molino da Giosa 42-Ass

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

—

—

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

—

—

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

100

[illegible]

que assina esse documento

1100

1000

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



376473
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012	4-Data de Autorização 16/09/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876225	7-Data Validade da Serina 15/11/2012
8-Data de Beneficiário 01/02/2012 5312796000010102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome NAHIAN KAROLINE CASTELANI			15/03/1995	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18-Número no CRO 138356		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863		22-Nome do Contratado Encarregado JULIA BORGES SILVA		23-Número no CRO 138356	
26-Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA		27-Número no CRO 138356		28-UF SP	
29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	880010
2-001851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IDV	1	122010
3-001851002018					
4-001851002018					
5-001851002018					
6-001851002018					
7-001851002018					
8-001851002018					
9-001851002018					
10-001851002018					
11-001851002018					
12-001851002018					
13-001851002018					
14-001851002018					
15-001851002018					
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 Franquia (Co-participação) R\$	
21101010		0101010		0101010	

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

49-Observação

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/09/2012

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/09/2012

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/09/2012

63-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356



2-N

385204
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome do titular do plano
MARCUS FLAVIO BARBOSA ANDRADE

Faturar Empresa

capitação R\$ 39-Aut 4

U.L.U.S.12

S
d

11.11.15.12

[illegible]

11.11.11

777

1111

11.11.11

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

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]



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos da Guia Atendida pela	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Objeto do Recurso		9 - Número da Guia de Recursos da Guia Atendida pela	
8 - Número do Contrato		9 - Nome do Produto		10 - Código da Guia do Protocolo		11 - Justificativa	
12 - Número da Guia no Protocolo		13 - Número da Guia Atendida pelo Operadora		14 - Status		15 - Beneficiário	
16 - Código da Guia da Guia		17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		18 - Justificativa		19 - Justificativa	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Foco		23 - Quantidade	
24 - Valor Recusado		25 - Justificativa do Prestador		26 - Justificativa do Prestador		27 - Procedimento/Item Assistencial	
28 - Valor Acabado		29 - Justificativa da Operadora		30 - Justificativa da Operadora		31 - Descrição do Procedimento	
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acabado (R\$)		34 - Data da Assinatura da Operadora		35 - Assinatura da Operadora	
36 - Data do Recurso		37 - Assinatura do Prestador		38 - Data da Assinatura da Operadora		39 - Assinatura da Operadora	
40 - Data do Recurso		41 - Assinatura do Prestador		42 - Data da Assinatura da Operadora		43 - Assinatura da Operadora	
44 - Data do Recurso		45 - Assinatura do Prestador		46 - Data da Assinatura da Operadora		47 - Assinatura da Operadora	
48 - Data do Recurso		49 - Assinatura do Prestador		50 - Data da Assinatura da Operadora		51 - Assinatura da Operadora	
52 - Data do Recurso		53 - Assinatura do Prestador		54 - Data da Assinatura da Operadora		55 - Assinatura da Operadora	
56 - Data do Recurso		57 - Assinatura do Prestador		58 - Data da Assinatura da Operadora		59 - Assinatura da Operadora	
60 - Data do Recurso		61 - Assinatura do Prestador		62 - Data da Assinatura da Operadora		63 - Assinatura da Operadora	
64 - Data do Recurso		65 - Assinatura do Prestador		66 - Data da Assinatura da Operadora		67 - Assinatura da Operadora	
68 - Data do Recurso		69 - Assinatura do Prestador		70 - Data da Assinatura da Operadora		71 - Assinatura da Operadora	
72 - Data do Recurso		73 - Assinatura do Prestador		74 - Data da Assinatura da Operadora		75 - Assinatura da Operadora	
76 - Data do Recurso		77 - Assinatura do Prestador		78 - Data da Assinatura da Operadora		79 - Assinatura da Operadora	
80 - Data do Recurso		81 - Assinatura do Prestador		82 - Data da Assinatura da Operadora		83 - Assinatura da Operadora	
84 - Data do Recurso		85 - Assinatura do Prestador		86 - Data da Assinatura da Operadora		87 - Assinatura da Operadora	
88 - Data do Recurso		89 - Assinatura do Prestador		90 - Data da Assinatura da Operadora		91 - Assinatura da Operadora	
92 - Data do Recurso		93 - Assinatura do Prestador		94 - Data da Assinatura da Operadora		95 - Assinatura da Operadora	
96 - Data do Recurso		97 - Assinatura do Prestador		98 - Data da Assinatura da Operadora		99 - Assinatura da Operadora	
100 - Data do Recurso		101 - Assinatura do Prestador		102 - Data da Assinatura da Operadora		103 - Assinatura da Operadora	
104 - Data do Recurso		105 - Assinatura do Prestador		106 - Data da Assinatura da Operadora		107 - Assinatura da Operadora	
108 - Data do Recurso		109 - Assinatura do Prestador		110 - Data da Assinatura da Operadora		111 - Assinatura da Operadora	
112 - Data do Recurso		113 - Assinatura do Prestador		114 - Data da Assinatura da Operadora		115 - Assinatura da Operadora	
116 - Data do Recurso		117 - Assinatura do Prestador		118 - Data da Assinatura da Operadora		119 - Assinatura da Operadora	
120 - Data do Recurso		121 - Assinatura do Prestador		122 - Data da Assinatura da Operadora		123 - Assinatura da Operadora	
124 - Data do Recurso		125 - Assinatura do Prestador		126 - Data da Assinatura da Operadora		127 - Assinatura da Operadora	
128 - Data do Recurso		129 - Assinatura do Prestador		130 - Data da Assinatura da Operadora		131 - Assinatura da Operadora	
132 - Data do Recurso		133 - Assinatura do Prestador		134 - Data da Assinatura da Operadora		135 - Assinatura da Operadora	
136 - Data do Recurso		137 - Assinatura do Prestador		138 - Data da Assinatura da Operadora		139 - Assinatura da Operadora	
140 - Data do Recurso		141 - Assinatura do Prestador		142 - Data da Assinatura da Operadora		143 - Assinatura da Operadora	
144 - Data do Recurso		145 - Assinatura do Prestador		146 - Data da Assinatura da Operadora		147 - Assinatura da Operadora	
148 - Data do Recurso		149 - Assinatura do Prestador		150 - Data da Assinatura da Operadora		151 - Assinatura da Operadora	
152 - Data do Recurso		153 - Assinatura do Prestador		154 - Data da Assinatura da Operadora		155 - Assinatura da Operadora	
156 - Data do Recurso		157 - Assinatura do Prestador		158 - Data da Assinatura da Operadora		159 - Assinatura da Operadora	
160 - Data do Recurso		161 - Assinatura do Prestador		162 - Data da Assinatura da Operadora		163 - Assinatura da Operadora	
164 - Data do Recurso		165 - Assinatura do Prestador		166 - Data da Assinatura da Operadora		167 - Assinatura da Operadora	
168 - Data do Recurso		169 - Assinatura do Prestador		170 - Data da Assinatura da Operadora		171 - Assinatura da Operadora	
172 - Data do Recurso		173 - Assinatura do Prestador		174 - Data da Assinatura da Operadora		175 - Assinatura da Operadora	
176 - Data do Recurso		177 - Assinatura do Prestador		178 - Data da Assinatura da Operadora		179 - Assinatura da Operadora	
180 - Data do Recurso		181 - Assinatura do Prestador		182 - Data da Assinatura da Operadora		183 - Assinatura da Operadora	
184 - Data do Recurso		185 - Assinatura do Prestador		186 - Data da Assinatura da Operadora		187 - Assinatura da Operadora	
188 - Data do Recurso		189 - Assinatura do Prestador		190 - Data da Assinatura da Operadora		191 - Assinatura da Operadora	
192 - Data do Recurso		193 - Assinatura do Prestador		194 - Data da Assinatura da Operadora		195 - Assinatura da Operadora	
196 - Data do Recurso		197 - Assinatura do Prestador		198 - Data da Assinatura da Operadora		199 - Assinatura da Operadora	
200 - Data do Recurso		201 - Assinatura do Prestador		202 - Data da Assinatura da Operadora		203 - Assinatura da Operadora	
204 - Data do Recurso		205 - Assinatura do Prestador		206 - Data da Assinatura da Operadora		207 - Assinatura da Operadora	
208 - Data do Recurso		209 - Assinatura do Prestador		210 - Data da Assinatura da Operadora		211 - Assinatura da Operadora	
212 - Data do Recurso		213 - Assinatura do Prestador		214 - Data da Assinatura da Operadora		215 - Assinatura da Operadora	
216 - Data do Recurso		217 - Assinatura do Prestador		218 - Data da Assinatura da Operadora		219 - Assinatura da Operadora	
220 - Data do Recurso		221					



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
Dados do Contratado		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		3 7 9 2 9 7	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Número da Guia no Prestador		3 7 9 2 9 7	
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		138356SP - JULIA BORGES SILVA		2		3 7 9 2 9 7	
Dados do Recurso do Procedimento		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Guia do Procedimento		11 - Justificativa	
8 - Número do Lote							
Dados do Recurso da Guia		14 - Número da Guia Atribuído para Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
13 - Número da Guia no Prestador		3 5 6 3 2 1		AUTORIZADO		00202531171900000101 - JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA	
3 5 6 3 2 1							
17 - Código da Guia da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -			
		Foi anexada erroneamente radiografia periapical do dente 37 da paciente Jaqueline na guia 35379 da paciente Nahian Karoline Castelan. Esta radiografia em questão eu não havia solicitado ao convênio e sim uma					
Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Régulo		22 - Face		23 - Quantidade	
20 - Data de Realização do Procedimento		29 - Justificativa do Prestador		31 - Justificativa da Operadora		26 - Descrição do Procedimento	
20 - Valor Recusado		30 - Valor Aceito				27 - Código da Guia	
1 3 0 8 2 0 2 0		R P S D		0 1 9 4 8 1 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	
4 2 0						3 0 4 0	
0 4 0 0							
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceito (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
4 4 2 0		0 4 0 0		1 9 0 8 2 0 2 0		Dr.ª Julia Borges Cirurgiã Dentista CRM SP: 138356	
						36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	