

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24

[illegible]

Formulário de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cover/Fogão	34-Face	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Obixa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2-1					1		3	4	0	0	0	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-Total

2-Parcial

3-4-0-0

0-0-0-0

5-11/11/2020

Assinatura

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no plano. 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 não cobertos pelo plano, caso contrário.

49-Observação

CRO SP: 1:8356

AKRO SP: 1:8356

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



3493356
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/03/2017 4-Dia de Autorização 10/03/2017 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7752588 7-Dia Validade da Semeta 29/03/2017

8-Número da Carteira 0002025271641000001104 9-Setor POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome HELOISE CASTELANI LOPES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES 16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número na Carteira 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CBO / CPF 22-Nome do Contratado Executante 23-Número no CRO 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante 27-Número no CRO 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Ad 40-Dia de Realização 41-Mês da Cita 42-Agência

32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Dto 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Ad 40-Dia de Realização 41-Mês da Cita 42-Agência

20-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ad	40-Dia de Realização	41-Mês da Cita	42-Agência
1	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	PO	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2	0	0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
4	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
5	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
6	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
7	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
8	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
9	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
10	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
11	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
12	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
13	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
14	1	0 0 0 0 0 0 0 0										
15	1	0 0 0 0 0 0 0 0										

43-Dia Primeiro Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Última Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 1 7 6 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 0 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 49-Considerações

50-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista **Dra. Julia Borges** 51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista **Dra. Julia Borges** 52-Dia local e Assinatura do Beneficiário Responsável **Heloise** 53-Dia local e Assinatura da Empresa

CRO SP: 1.8356 CRO SP: 1.8356 CRO SP: 1.8356

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



352181
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/06/10 08/12/10	4-Dia de Autorização 11/01/10 08/12/10	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766082	7-Dia Validade da Guia 10/04/11 11/12/10
8-Dados do Beneficiário 01012021530183184010101011011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11
13-Nome LOUISE AMPARO BANDEIRA DE CARVALHO			25/05/1979	14-Relação ()	15-Nome do titular do plano LOUISE AMPARO BANDEIRA DE CARVALHO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421- (0) 81000421-
21-Código na Operadora / CNOJ / CPF 14395181041581613	22-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CBO S 138356	26-Código CBO S 138356

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ordem/Regra	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-010	8410011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	11/08/10
2-010	8410011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	11/08/10
3-010	8410011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	35,00	0,00	0,00	11/08/10
4-010	8410011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	11/08/10
5-010	810004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	11/08/10
6-010	810004211	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	11/08/10
7-010									
8-010									
9-010									
10-010									
11-010									
12-010									
13-010									
14-010									
15-010									
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$				
11/11/10	1-Atendimento Odontológico	1-Total 2-Parcial	168,00	0,00	0,00				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2010 Dr. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2010 Dr. Cirurgião Dentista CRO SP: 138356	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2010 Louise C. B. Bandeira	53-Dia, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



343722
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 12/10/2017	3-Dia de Autenticação 12/10/2017	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7725384	6-Dia Validade da Série 12/10/2017
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527116410000102	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 JUNIOR DOS REIS LOPES	07/08/1974	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contatado 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-Código na Operadora / CNOJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contatado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNE S Enviar - RX (IF) 85200166-45
--	---	----------------------------	-------------	--

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Medico da Clínica 42-Serviço
1	00	8520010166									
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 125800	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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

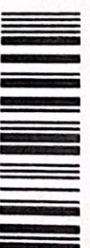
49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2017 D ^{ra} . Julia Borges	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2017 D ^{ra} . Julia Borges	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2017	53-Dia, local e Carimbo da Empresa CRO SP-138356
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353205
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/7/08 18:20	4-Dia de Autocredito 11/08/08 12:01	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7770810	7-Dia Validade da Guia 10/5/11 11:20
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01020253112796000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/08/08	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/08/08
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome ANA PAULA CASTELANI	26/03/1976	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Endereço a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP
21-Código na Operadora (CNEJ / CNEP) 439581045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1	0108100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3400	0,00	0,00	Silvia Borges	40-Dia de Realização
2									41-Motivo da Oclusão
3									42-Assinatura
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Dia Próximo Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$				
11/08/08	1-Tipos de Atendimento	1-Total 2-Parcial	3400	0,00	0,00				

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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-Observações

50-Dia, local e Assinatura do Contratado 11/08/08 Ana Paula Borges Cirurgia Dentista CRO SP 138356	51-Dia, local e Assinatura do Contratado 11/08/08 Ana Paula Borges Cirurgia Dentista CRO SP 138356	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/08/08 Ana Paula Borges Cirurgia Dentista CRO SP 138356	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	------------------------------------



353218
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Cota de Enchimento da Guia 10 // 0 8 // 2 0	4-Cota de Autorização 11 // 0 8 // 2 0	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7770885	7-Dia Validação da Serinha 10 // 5 // 1 1 // 2 0
--------------------------	--	---	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 2 7 9 6 0 0 0 0 1 0 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome MARCUS WITTO CASTELANI ARANHA	09/04/2002
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Telefone () -
11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI	

Dados do Contrato Respostas pelo Tratamento		025 -			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Numero no CRO 138356	19-Uf SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa
21-Código de Operação / CNPJ / CPF 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Numero no CRO 138356	24-Uf SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA		27-Numero 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/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valel	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0	0										
1-	0	0										
2-	0	0										
3-	0	0										
4-	0	0										
5-	0	0										
6-	1											
7-	1											
8-	1											
9-	1											
10-	1											
11-	1											
12-	1											
13-	1											
14-	1											
15-	1											
43-Dua Previsão Termino 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 Quantidades US 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-Participação R\$												

50-Dia, local e Assinatura do Cregado-Dentista Social 11/10/2012 Dra. Jullia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356	51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/10/2012 Dra. Jullia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012 Dra. Jullia Borges	53-Dia, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



353211
INTERCÂMBIO

1-Ruário ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 01/10/08 11:20	4-Dia de Autorização 11/01/08 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7770829	7-Dia Validade da Senha 05/11/11 12:01
------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002021531279160000001021	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 NAHAN KAROLINE CASTELANI

15/03/1995

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANA PAULA CASTELANI

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 143958014518613	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00			08/11/2011		
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00			08/11/2011		
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00			08/11/2011		
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00			08/11/2011		
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00			08/11/2011		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Exame Radiológico	46-Tipo de Exame Radiológico	47-Tipo de Exame Radiológico	48-Tipo de Exame Radiológico	49-Tipo de Exame Radiológico	50-Tipo de Exame Radiológico	51-Tipo de Exame Radiológico	52-Tipo de Exame Radiológico	53-Tipo de Exame Radiológico	54-Tipo de Exame Radiológico	55-Tipo de Exame Radiológico
1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00	1-00

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

56-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08 11:20 Cirurgia Dentista	57-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08 11:20 Cirurgia Dentista	58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08 11:20 Nahan Karoline Castelani	59-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/11/08 11:20 CRO SP: 138356
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



341883
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 20/10/2012	3-Data de Autorização 22/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7716937	6-Data Validade da Guia 11/8/11 10/12/10
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050601770001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANDREA BRITO

07/03/1973

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANDREA BRITO

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

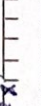
16-Autorização a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNP / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNE S
---	--	----------------------------	-------------	-----------------

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

Forma de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Método da Obra	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0,00			10/10/2012		
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 3400		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 10/10/2012 Dr. Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012 Dr. Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012 A. B.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356



Temporário para uso

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



346543
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012	4-Data de Autuação 12/08/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7739183	7-Data Validação da Sentença 12/05/2012
--------------------------	---	----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Exatidão

9-Número da Carteira 1002025105506017700004	10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Data Validação da Carteira 12/07/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MARIA GUEDES DE BRITO	23/05/1941	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDREA BRITO
----------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RIN

17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CBO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14391580458163	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CBO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tela 10081000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 3	36-Quantidade US 400	37-Valor 0,00	38-Franchisa/Co-participação R\$ 5106108120	41-Motivo da Guia 42-Assinatura M. M. M.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

43-Data Prescrição 11/11/11	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00
--------------------------------	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme 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 esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012 Dr. Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012 Dr. Julia Borges	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2012
--	--	---

Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



348553
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 13/01/07 12:01	4-Dia de Autorização 10/13/08 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7748534	7-Dia Validade da Senha 12/18/11 10:12:01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010202253083840000010101	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 LOUISE AMPARO BANDEIRA DE CARVALHO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LOUISE AMPARO BANDEIRA DE CARVALHO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adm. Adm. a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código no Operador / CNOJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Exclamante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exclamante 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0108100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		5/04/08 12:01		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

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 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 da 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

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/01/07 Dra. Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP-138356	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/01/08 Dra. Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP-138356	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/01/08 Louise Amparo Bandeira de Carvalho	53-Dia, local e Cambio da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



345348
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 400414	2-Data de Emissão da Guia 12/11/07	3-Data de Autorização 13/01/07	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7734199	6-Data Validade da Guia 12/12/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

7-Data Validade da Guia 12/12/11	8-Data Validade da Guia 12/12/11
-------------------------------------	-------------------------------------

9-Data Validade da Guia 12/12/11	10-Data Validade da Guia 12/12/11	11-Data Validade da Guia 12/12/11	12-Data Validade da Guia 12/12/11
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

13-Nome PATRICIA VISCONDE FRANCA	14-Data de Nascimento 30/12/1984	15-Data de Nascimento 30/12/1984	16-Data de Nascimento 30/12/1984	17-Data de Nascimento 30/12/1984	18-Data de Nascimento 30/12/1984	19-Data de Nascimento 30/12/1984	20-Data de Nascimento 30/12/1984	21-Data de Nascimento 30/12/1984	22-Data de Nascimento 30/12/1984	23-Data de Nascimento 30/12/1984	24-Data de Nascimento 30/12/1984	25-Data de Nascimento 30/12/1984	26-Data de Nascimento 30/12/1984	27-Data de Nascimento 30/12/1984	28-Data de Nascimento 30/12/1984	29-Data de Nascimento 30/12/1984	30-Data de Nascimento 30/12/1984	31-Data de Nascimento 30/12/1984	32-Data de Nascimento 30/12/1984	33-Data de Nascimento 30/12/1984	34-Data de Nascimento 30/12/1984	35-Data de Nascimento 30/12/1984	36-Data de Nascimento 30/12/1984	37-Data de Nascimento 30/12/1984	38-Data de Nascimento 30/12/1984	39-Data de Nascimento 30/12/1984	40-Data de Nascimento 30/12/1984	41-Data de Nascimento 30/12/1984	42-Data de Nascimento 30/12/1984
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-1												
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-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$	56-Valor Total R\$	57-Valor Total R\$	58-Valor Total R\$	59-Valor Total R\$	60-Valor Total R\$	61-Valor Total R\$	62-Valor Total R\$	63-Valor Total R\$	64-Valor Total R\$	65-Valor Total R\$	66-Valor Total R\$	67-Valor Total R\$	68-Valor Total R\$	69-Valor Total R\$	70-Valor Total R\$	71-Valor Total R\$	72-Valor Total R\$	73-Valor Total R\$	74-Valor Total R\$	75-Valor Total R\$	76-Valor Total R\$	77-Valor Total R\$	78-Valor Total R\$	79-Valor Total R\$	80-Valor Total R\$	81-Valor Total R\$	82-Valor Total R\$	83-Valor Total R\$	84-Valor Total R\$	85-Valor Total R\$	86-Valor Total R\$	87-Valor Total R\$	88-Valor Total R\$	89-Valor Total R\$	90-Valor Total R\$	91-Valor Total R\$	92-Valor Total R\$	93-Valor Total R\$	94-Valor Total R\$	95-Valor Total R\$	96-Valor Total R\$	97-Valor Total R\$	98-Valor Total R\$	99-Valor Total R\$	100-Valor Total R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



346449
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/01/7/12/01	4-Data de Autorização 13/01/01/7/12/01	5-Serina CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7738705	7-Data Validada da Serina 12/5/11/01/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025298052000000105	9-Setor POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONORA FRANCA BASITSTA					
14-Data de Conclusão do Tratamento 04/07/2010					
15-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento JULIA BORGES SILVA					
16-Atendimento a RUI JULIA BORGES SILVA					
17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
18-Número no CRO 138356					
19-UF SP					
20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa					
21-Código de Operação / CNPJ / CPF 1439518045863					
22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA					
23-Número no CRO 138356					
24-UF SP					
25-Código CNES 259-Código CBO 3					
26-Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA					
27-Número no CRO 138356					
28-UF SP					
29-Código CBO 3					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Data/Régio 1	34-Face 3	35-Cid 4	36-Quantidade US 100
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Danificada US 3400					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia (Co-participação) R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/01/12/01 Cirurgião Dentista CRO SP-138356					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/11/01/12/01 Cirurgião Dentista CRO SP-138356					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/01/12/01					
53-Data, local e Cambio da Empresa					