



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



538915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANVISA 400414	3-Dados de Emissão da Guia 3/10/04/12/11	4-Data de Autorização 10/3/05/12/11	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Privada 8541196	7-Data Validade da Guia 12/9/07/12/11
-----------------------------	---	--	-------------------------	-------------------------------------	--

8-Nome da Clínica 010120250182183000097021	9-Endereço POS REDE PRESTADORA	10-Endereço COOPERATIVA DE CREDITO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome LAUREN FLAVIA DIAS DA SILVA LOPES	14-Data de Emissão da Guia 30/03/2001	15-Nome do Bêrter do plano CLETON WILLIAM DA SILVA		
16-Atendimento a RH 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 (CNPJ) / CNP 4131951804518613	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CNO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Data de Realização 30/03/2001

31-Item	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda de Conta	42-Valor
1	01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2	01018511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0V	1	88,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
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 Tratamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1149,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

49-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.	50-Data local e Assinatura do Consultado Dentista Solicitante 04/11/05/11/21	51-Data local e Assinatura do Consultado Dentista 04/11/05/11/21	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/05/11/21	53-Data local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	---	---	--	---

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



538909
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 13/01/04	3-Data de Autorização 10/03/05	4-Data de Autorização 10/03/05	5-Data AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8541201	7-Data Validação da Guia 12/01/07	8-Data Validação da Guia 12/01/07
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

9-Atividade de Clínica 0102025376478000000101	10-Atividade de Clínica POS REDE PRESTADORA	11-Atividade de Clínica DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Atividade de Clínica TIAGO CUSTODIO DA VEIGA
13-Atividade de Clínica TIAGO CUSTODIO DA VEIGA	14-Atividade de Clínica 23/07/1989	15-Atividade de Clínica 11/11/11	16-Atividade de Clínica 11/11/11

17-Atividade de Clínica N	18-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	19-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	20-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA
21-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	22-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	23-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	24-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA
25-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	26-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	27-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA	28-Atividade de Clínica JULIA BORGES SILVA

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Emissão	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Atividade
1	010181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11/11/11	11/11/11	340000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
7	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
8	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
9	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
10	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
11	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
12	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
13	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
14	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
15	0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	11/11/11	11/11/11	350000	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

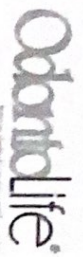
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------------	----------------------------	--

Dr. Tiago Custodio da Veiga
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356

Dr. Tiago Custodio da Veiga
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356

Dr. Tiago Custodio da Veiga
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



538921
INTERCÂMBIO

1- Registro ABO 406414	3- Data de Emissão da Guia 3/0/0/0/4/12/1	4- Data de Autorização 0/3/0/0/5/12/1	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8541205	7- Data Válidade da Guia 12/9/0/17/12/1
---------------------------	--	--	------------------------	--	--

8- Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/3/7/4/7/1/5/0/0/0/0/1/0/1	9- Nome THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Válidade da Carteira / / / / /	12- Número do Cartão Nacional de Saúde / / / / /
--	--	---------------------------------------	--	---

13- Nome THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA	14- Telefone () / / - / / - / /	15- Nome do titular da Carteira THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA		
16- Assinatura a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CBO 138356	19- UF SP	20- Código CBO 3 025 -
21- Código na Operadora / CNP / CNP 4/3/9/5/8/0/4/5/8/6/3/ /	22- Nome do Contratado Excludente JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100218
26- Nome do Profissional Excludente JULIA BORGES SILVA	27- Número no CNO 138356	28- UF SP	29- Código CBO 5 / /	30- Código CBO 5 (1) 85100218

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Ace	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangível/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
2- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
3- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
4- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
5- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
6- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
7- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
8- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
9- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
10- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
11- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
12- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
13- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
14- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
15- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			

43- Data Previsto Término do Tratamento / /	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Coordenado 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 2 4 4 0 0	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data local e Assinatura do Conselho Odontológico Solicitante 05/11/09 S.M. 21	51- Data local e Assinatura do Conselho Odontológico 05/11/09 S.M. 21	52- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/11/09 S.M. 21	53- Data local e Carimbo da Empresa / / / /
--	--	---	--

Dra. Julia Borges Silva
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138356

Dra. Julia Borges Silva
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138356

Dra. Julia Borges Silva
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138356



2-4-2

528612
INTERCÂMBIO

Ullmann

JENIFFER APARECIDA DA SILVA

	Faturar Empresa
--	-----------------

(i) 85100218

18. Franquia/Co-seguro R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Motivo da Cessa	42. Assinatura

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][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]

5. Data local a Carinho da Empresa

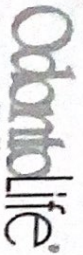
Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO 35355

51 Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/08/2016
Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO 35355

52 Data local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
04/08/2016
J. Gonçalves

2-N⁺

53-Data local e Caramo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



539789
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão do Guia 03/10/2011	4º Data de Autorização 05/10/2011	5º Semia AUTORIZADO	6º Número de Guia Principal 8544013	7º Data Válido na Semia 01/10/2011	12º Número do Cartão Nacional de Saúde
8º Número da Carteira 00020253721157000000011011		9º Plano POS REDE PRESTADORA		10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11º Data Válido da Carteira 01/10/2011
13º Nome ILAIENE APARECIDA GONCALVES		09/09/1981		14º Telefone ()		15º Nome do titular do plano ILAIENE APARECIDA GONCALVES

16º Assinatura do Contratado / Responsável pelo Tratamento N		17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18º Número no CNO 138356		19º UF SP		20º Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21º Código na Operadora / CNPJ / CNP 43958045863		22º Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA		23º Número no CNO 138356		24º UF SP		25º Código CHES 26º Código CBO S	
27º Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA		28º UF SP		29º Código CBO S		30º UF SP		31º Código CBO S	

32º Tabela	33º Código do Procedimento	34º Descrição	35º Data Regio	36º Ano	37º Out	38º Quantidade US	39º Valor	40º Franquia/Co-participação R\$	41º Aux	42º Data de Realização	43º Motivo da Omissão	44º Assinatura
1	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
2	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
3	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAID	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
4	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
5	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
6	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
7	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
8	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
9	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
10	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
11	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
12	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
13	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
14	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0
15	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0	10,10,0

45º Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência	46º Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial	47º Total Quantidade US 1,4,0,10,0	48º Total Valor Total R\$ 10,10,0	49º Total Franquia / Co-participação R\$															
50º Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2011 Dra. Julia Borges					51º Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2011 Dra. Julia Borges					52º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2011 Dra. Julia Borges					53º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2011 Dra. Julia Borges				



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



542056
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	2- Data de Emissão da Guia 10/04/05	3- Data de Autorização 10/05/05	4- Data de Autorização AUTORIZADO	5- Sessão 8552560	6- Número da Guia Principal 10/02/05	7- Data Validade da Sessão 10/02/05
---------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------------	----------------------	---	--

8- Número da Carteira 00020253721570000000101	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 ILAIENE APARECIDA GONCALVES	09/09/1981	14- Telefone (11) 11111111	15- Nome do Mãe do Paciente ILAIENE APARECIDA GONCALVES	

16- Assinatura a IN N	17- Nome do Profissional Substituto JULIA BORGES SILVA	18- Número no CBO 138356	19- UF SP	20- Código CBO S 025
21- Código na Operadora / ODP / Cof 4319518045863	22- Nome do Contratado Beneficiário JULIA BORGES SILVA	23- Número no CBO 138356	24- UF SP	25- Código CHES
26- Nome do Profissional Emiteente JULIA BORGES SILVA		27- Número no CBO 138356	28- UF SP	29- Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Área	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Guia	42- Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	10,00		5	10/05/05		ilaine
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Oclusão 4- Urgência- Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidades US 134,00	47- Valor Total R\$ 10,00	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 obrigações do profissional assistente a atuar 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação	50- Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Beneficiário 06/05/05	51- Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 06/05/05	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/05	53- Data, local e Cartão da Empresa
----------------	--	---	--	-------------------------------------

Dra. Ilaine Aparecida Gonçalves
CRO SP 138356

2.15

547390
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS	2 Data de Emissão da Guia	3 Data de Autorização	4 Sentença	5 Número da Guia Principal	6 Data Vencida da Sentença
406614	11/05/21	11/05/21	AUTORIZADO	8573250	09/08/21

12- Número do Cartão	010120215379110000000103
9- Plano	POS REDE PRESTADORA
10- Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11- Data Validade da Carteira	11/11/11
12- Número do Cartão	
13- Nome do titular do plano	JOSE APARECIDO DA SILVA
14- Endereço	
25/09/2006	25/09/2006
15- Nome da Agência	RIAN APARECIDO DA SILVA

[illegible][illegible][illegible]

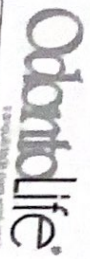
Dr.ª Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP. 138556

Dra. Julia B. CRO Sp. 138356

2-N⁺

Dr.ª **Julia Borzese**
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138358

Dr.ª **Julia Borzese**
Cirurgiã Dentista
CRO SP 138358



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



549431
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/05 11/21		4-Data de Autuação 11/12/05 11/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8580409		7-Data Validade da Série 11/01/08 11/21	
8-Número da Carteira 000202537956100000010101		9-Forma 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 BEATRIZ DUARTE DA SILVA											
14-Endereço 19/10/1982											
15-Nome do titular do plano BEATRIZ DUARTE DA SILVA											
16-Endereço 138356											
17-Data de Nascimento 138356											
18-Data de Nascimento 138356											
19-Data de Nascimento 138356											
20-Data de Nascimento 138356											
21-Data de Nascimento 138356											
22-Data de Nascimento 138356											
23-Data de Nascimento 138356											
24-Data de Nascimento 138356											
25-Data de Nascimento 138356											
26-Data de Nascimento 138356											
27-Data de Nascimento 138356											
28-Data de Nascimento 138356											
29-Data de Nascimento 138356											
30-Data de Nascimento 138356											
31-Data de Nascimento 138356											
32-Data de Nascimento 138356											
33-Data de Nascimento 138356											
34-Data de Nascimento 138356											
35-Data de Nascimento 138356											
36-Data de Nascimento 138356											
37-Data de Nascimento 138356											
38-Data de Nascimento 138356											
39-Data de Nascimento 138356											
40-Data de Nascimento 138356											
41-Data de Nascimento 138356											
42-Data de Nascimento 138356											
43-Data de Nascimento 138356											
44-Data de Nascimento 138356											
45-Data de Nascimento 138356											
46-Data de Nascimento 138356											
47-Data de Nascimento 138356											
48-Data de Nascimento 138356											
49-Data de Nascimento 138356											
50-Data de Nascimento 138356											
51-Data de Nascimento 138356											
52-Data de Nascimento 138356											
53-Data de Nascimento 138356											
54-Data de Nascimento 138356											
55-Data de Nascimento 138356											
56-Data de Nascimento 138356											
57-Data de Nascimento 138356											
58-Data de Nascimento 138356											
59-Data de Nascimento 138356											
60-Data de Nascimento 138356											
61-Data de Nascimento 138356											
62-Data de Nascimento 138356											
63-Data de Nascimento 138356											
64-Data de Nascimento 138356											
65-Data de Nascimento 138356											
66-Data de Nascimento 138356											
67-Data de Nascimento 138356											
68-Data de Nascimento 138356											
69-Data de Nascimento 138356											
70-Data de Nascimento 138356											
71-Data de Nascimento 138356											
72-Data de Nascimento 138356											
73-Data de Nascimento 138356											
74-Data de Nascimento 138356											
75-Data de Nascimento 138356											
76-Data de Nascimento 138356											
77-Data de Nascimento 138356											
78-Data de Nascimento 138356											
79-Data de Nascimento 138356											
80-Data de Nascimento 138356											
81-Data de Nascimento 138356											
82-Data de Nascimento 138356											
83-Data de Nascimento 138356											
84-Data de Nascimento 138356											
85-Data de Nascimento 138356											
86-Data de Nascimento 138356											
87-Data de Nascimento 138356											
88-Data de Nascimento 138356											
89-Data de Nascimento 138356											
90-Data de Nascimento 138356											
91-Data de Nascimento 138356											
92-Data de Nascimento 138356											
93-Data de Nascimento 138356											
94-Data de Nascimento 138356											
95-Data de Nascimento 138356											
96-Data de Nascimento 138356											
97-Data de Nascimento 138356											
98-Data de Nascimento 138356											
99-Data de Nascimento 138356											
100-Data de Nascimento 138356											

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentária
CRO SP 1.8356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentária
CRO SP 1.8356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

20- Tabela	21- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Quantidade	34- em	35- Unit	36- Quantidade US	37- Valor	38- Aniquilou/Co-participação R\$	39- Adit	40- Data de Realização	41- Motivo em Ocorrência / Assinatura
1	0	0	8	5	1	0	1	9	6		
2	0	0	8	5	1	0	1	9	6		
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43- Data Prescrição Termo de Tratamento

44- Tipo de Atendimento

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

45- Tipo de Filamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

1 2 2 0 0

47- Valor Total R\$

0 0 0 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

O(s) abaixo assinado(s) declara(m) que a(s) proposta(s), termo(s), carta(s) e/ou qualquer outro instrumento de tratamento, compromisso ou acordo, com custos previstos no contrato, objeto desta que (a) procedimento(s) diretriz(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-Observations

50-Duq. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Duq. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 13/05/21	 13/05/21

13/08/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carambo da Empresa: _____

Dr. C. R. S.



2-16-

[illegible]

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dominótipo	34-Freq	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Gasto	42-Assinatura
1	10.01	8.5.1.10.0.2.1.8	22	MPV	1	1.2.2.0.0.0	10.0.0	5.0.0.0.0	5.0.0.0.0	05/05/2011	13h45	Stefany
2	10.01	8.5.1.10.0.2.1.8	12	MVP	1	1.2.2.0.0.0	10.0.0	5.0.0.0.0	5.0.0.0.0	05/05/2011	13h45	Stefany
3		RESTAURAÇÃO RESINA										
4		RESTAURAÇÃO RESINA										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Pagamento

1- Total 2- Parcela

46-Total Quantidade US

1244.00

47-Valor Total R\$

10.00

48-Total Franquia / Coparticipação 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 atuar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 atuar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observaphlo

35 Data, local e Assinatura do Conselho Diretoria Sócios	13/10/2012
37 Data local e Assinatura do Conselho Diretoria	13/10/2012
38 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/10/2012
39 Data, local e Caimento da Empresa	11/11/11

Dr. J. B. Borís
Cirugía Dentista
CRO Sp. Lda

44-Observações

Contrato, que após ter sido devidamente excluído do processo, físicos, causas e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados; ativo e sintonia e associação do tratamento, comprometeram-se a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os cuidados previstos em contrato. Deixar, ainda que (1) procedimento(s) (selecção) e por mim assinado(s), (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 atuar com os custos conforme previsto em contrato.

45-Operador

50-Diga local e Assinatura do Cuidado Doméstico

51-Diga local e Assinatura do Cuidado Doméstico

52-Diga local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Diga local e Cuidado da Empresa



2-N-

025 - Faturar Empresa

✓ Tuesday
✓ Tuesday

AD-Observe/englio

SO-Data, local e Assinatura do Cirurgião
11/16/2021

50-Delta, 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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



547068
INTERCÂMBIO

1-Região ANS
400414

3-Dia de Emissão da Guia
11/01/05

4-Dia de Autenticação
11/01/05

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8571756

7-Dia Validade da Sentença
01/01/08

8-Plano de Beneficiário

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/01/05

12-Plano de Saúde
GIANNI CARLA LEMOS PINTO

13-Nome
GIANNI CARLA LEMOS PINTO

14-Data de Nascimento
17/06/1976

15-Nome do titular do plano
GIANNI CARLA LEMOS PINTO

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

18-Número do CRO
138356

19-UF
SP

20-Código CBO S
138356

21-UF
SP

22-Código CBO S
138356

23-UF
SP

24-Código CBO S
138356

25-UF
SP

26-Código CBO S
138356

27-Código de Operadora / CNPJ / CPF
413915180415863

28-Nome do Profissional Executante
JULIA BORGES SILVA

29-Número do CRO
138356

30-UF
SP

31-Código CBO S
138356

32-UF
SP

33-Código CBO S
138356

34-UF
SP

35-Código CBO S
138356

36-UF
SP

37-Código CBO S
138356

38-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

39-Número do CRO
138356

40-UF
SP

41-Código CBO S
138356

42-UF
SP

43-Código CBO S
138356

44-UF
SP

45-Código CBO S
138356

46-UF
SP

47-Código CBO S
138356

48-UF
SP

49-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

50-Número do CRO
138356

51-UF
SP

52-Código CBO S
138356

53-UF
SP

54-Código CBO S
138356

55-UF
SP

56-Código CBO S
138356

57-UF
SP

58-Código CBO S
138356

59-UF
SP

60-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

61-Número do CRO
138356

62-UF
SP

63-Código CBO S
138356

64-UF
SP

65-Código CBO S
138356

66-UF
SP

67-Código CBO S
138356

68-UF
SP

69-Código CBO S
138356

70-UF
SP

71-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

72-Número do CRO
138356

73-UF
SP

74-Código CBO S
138356

75-UF
SP

76-Código CBO S
138356

77-UF
SP

78-Código CBO S
138356

79-UF
SP

80-Código CBO S
138356

81-UF
SP

82-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

83-Número do CRO
138356

84-UF
SP

85-Código CBO S
138356

86-UF
SP

87-Código CBO S
138356

88-UF
SP

89-Código CBO S
138356

90-UF
SP

91-Código CBO S
138356

92-UF
SP

93-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

94-Número do CRO
138356

95-UF
SP

96-Código CBO S
138356

97-UF
SP

98-Código CBO S
138356

99-UF
SP

100-Código CBO S
138356

101-UF
SP

102-Código CBO S
138356

103-UF
SP

104-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

105-Número do CRO
138356

106-UF
SP

107-Código CBO S
138356

108-UF
SP

109-Código CBO S
138356

110-UF
SP

111-Código CBO S
138356

112-UF
SP

113-Código CBO S
138356

114-UF
SP

115-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

116-Número do CRO
138356

117-UF
SP

118-Código CBO S
138356

119-UF
SP

120-Código CBO S
138356

121-UF
SP

122-Código CBO S
138356

123-UF
SP

124-Código CBO S
138356

125-UF
SP

126-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

127-Número do CRO
138356

128-UF
SP

129-Código CBO S
138356

130-UF
SP

131-Código CBO S
138356

132-UF
SP

133-Código CBO S
138356

134-UF
SP

135-Código CBO S
138356

136-UF
SP

137-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

138-Número do CRO
138356

139-UF
SP

140-Código CBO S
138356

141-UF
SP

142-Código CBO S
138356

143-UF
SP

144-Código CBO S
138356

145-UF
SP

146-Código CBO S
138356

147-UF
SP

148-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

149-Número do CRO
138356

150-UF
SP

151-Código CBO S
138356

152-UF
SP

153-Código CBO S
138356

154-UF
SP

155-Código CBO S
138356

156-UF
SP

157-Código CBO S
138356

158-UF
SP

159-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

160-Número do CRO
138356

161-UF
SP

162-Código CBO S
138356

163-UF
SP

164-Código CBO S
138356

165-UF
SP

166-Código CBO S
138356

167-UF
SP

168-Código CBO S
138356

169-UF
SP

170-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

171-Número do CRO
138356

172-UF
SP

173-Código CBO S
138356

174-UF
SP

175-Código CBO S
138356

176-UF
SP

177-Código CBO S
138356

178-UF
SP

179-Código CBO S
138356

180-UF
SP

181-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

182-Número do CRO
138356

183-UF
SP

184-Código CBO S
138356

185-UF
SP

186-Código CBO S
138356

187-UF
SP

188-Código CBO S
138356

189-UF
SP

190-Código CBO S
138356

191-UF
SP

192-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

193-Número do CRO
138356

194-UF
SP

195-Código CBO S
138356

196-UF
SP

197-Código CBO S
138356

198-UF
SP

199-Código CBO S
138356

200-UF
SP

201-Código CBO S
138356

202-UF
SP

203-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

204-Número do CRO
138356

205-UF
SP

206-Código CBO S
138356

207-UF
SP

208-Código CBO S
138356

209-UF
SP

210-Código CBO S
138356

211-UF
SP

212-Código CBO S
138356

213-UF
SP

214-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

215-Número do CRO
138356

216-UF
SP

217-Código CBO S
138356

218-UF
SP

219-Código CBO S
138356

220-UF
SP

221-Código CBO S
138356

222-UF
SP

223-Código CBO S
138356

224-UF
SP

225-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

226-Número do CRO
138356

227-UF
SP

228-Código CBO S
138356

229-UF
SP

230-Código CBO S
138356

231-UF
SP

232-Código CBO S
138356

233-UF
SP

234-Código CBO S
138356

235-UF
SP

236-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

237-Número do CRO
138356

238-UF
SP

239-Código CBO S
138356

240-UF
SP

241-Código CBO S
138356

242-UF
SP

243-Código CBO S
138356

244-UF
SP

245-Código CBO S
138356

246-UF
SP

247-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

248-Número do CRO
138356

249-UF
SP

250-Código CBO S
138356

251-UF
SP

252-Código CBO S
138356

253-UF
SP

254-Código CBO S
138356

255-UF
SP

256-Código CBO S
138356

257-UF
SP

258-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

259-Número do CRO
138356

260-UF
SP

261-Código CBO S
138356

262-UF
SP

263-Código CBO S
138356

264-UF
SP

265-Código CBO S
138356

266-UF
SP

267-Código CBO S
138356

268-UF
SP

269-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

270-Número do CRO
138356

271

551995
INTERCÂMBIO[illegible]

2-N⁺

INTERCAMBIO

Prática de Trabalho / Procedimentos Solicitados

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

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

49-Observations



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



552027
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406614	3- Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4- Data de Autenticação 17/05/2011	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8589546	7- Data Validade da Série 12/08/2011
8- Número da Carteira 01012012513791100010101101			9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11
12- Nome JOSE APARECIDO DA SILVA			25/09/1986	13- Telefone () - - - - -	14- Nome do titular do plano JOSE APARECIDO DA SILVA
15- Alinhamento e RN N			16- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	17- Número no CBO 138356	18- UF SP
19- Código na Carteira / CBO / CPE 413915801451863			20- Nome do Contratado Convênio JULIA BORGES SILVA	21- Número no CBO 138356	22- UF SP
23- Nome do Profissional Convênio JULIA BORGES SILVA			24- Número no CBO 138356	25- Código CBO S 025 -	26- UF SP
27- Nome do Tratamento / Procedimento Odontológico			28- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	29- Data Realização 30- Aut 40- Data de Realização	41- Motivo da Guia 42- Assinatura
31- 1- Abaixo 31- Código do Procedimento			32- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33- Data Realização 34- Freq 35- Cód 36- Quantidade US	37- Valor 38- Franquia/Co-participação R\$
39- 1- Abaixo 39- Código do Procedimento			40- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	41- Data Realização 42- Freq 43- Cód 44- Quantidade US	45- Valor 46- Franquia/Co-participação R\$
47- 1- Abaixo 47- Código do Procedimento			48- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	49- Data Realização 50- Freq 51- Cód 52- Quantidade US	53- Valor 54- Franquia/Co-participação R\$
55- 1- Abaixo 55- Código do Procedimento			56- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	57- Data Realização 58- Freq 59- Cód 60- Quantidade US	61- Valor 62- Franquia/Co-participação R\$
63- 1- Abaixo 63- Código do Procedimento			64- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	65- Data Realização 66- Freq 67- Cód 68- Quantidade US	69- Valor 70- Franquia/Co-participação R\$
71- 1- Abaixo 71- Código do Procedimento			72- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	73- Data Realização 74- Freq 75- Cód 76- Quantidade US	77- Valor 78- Franquia/Co-participação R\$
79- 1- Abaixo 79- Código do Procedimento			80- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	81- Data Realização 82- Freq 83- Cód 84- Quantidade US	85- Valor 86- Franquia/Co-participação R\$
87- 1- Abaixo 87- Código do Procedimento			88- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	89- Data Realização 90- Freq 91- Cód 92- Quantidade US	93- Valor 94- Franquia/Co-participação R\$
95- 1- Abaixo 95- Código do Procedimento			96- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	97- Data Realização 98- Freq 99- Cód 100- Quantidade US	101- Valor 102- Franquia/Co-participação R\$
103- 1- Abaixo 103- Código do Procedimento			104- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	105- Data Realização 106- Freq 107- Cód 108- Quantidade US	109- Valor 110- Franquia/Co-participação R\$
111- 1- Abaixo 111- Código do Procedimento			112- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	113- Data Realização 114- Freq 115- Cód 116- Quantidade US	117- Valor 118- Franquia/Co-participação R\$
119- 1- Abaixo 119- Código do Procedimento			120- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	121- Data Realização 122- Freq 123- Cód 124- Quantidade US	125- Valor 126- Franquia/Co-participação R\$
127- 1- Abaixo 127- Código do Procedimento			128- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	129- Data Realização 130- Freq 131- Cód 132- Quantidade US	133- Valor 134- Franquia/Co-participação R\$
135- 1- Abaixo 135- Código do Procedimento			136- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	137- Data Realização 138- Freq 139- Cód 140- Quantidade US	141- Valor 142- Franquia/Co-participação R\$
143- 1- Abaixo 143- Código do Procedimento			144- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	145- Data Realização 146- Freq 147- Cód 148- Quantidade US	149- Valor 150- Franquia/Co-participação R\$
151- 1- Abaixo 151- Código do Procedimento			152- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	153- Data Realização 154- Freq 155- Cód 156- Quantidade US	157- Valor 158- Franquia/Co-participação R\$
159- 1- Abaixo 159- Código do Procedimento			160- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	161- Data Realização 162- Freq 163- Cód 164- Quantidade US	165- Valor 166- Franquia/Co-participação R\$
167- 1- Abaixo 167- Código do Procedimento			168- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	169- Data Realização 170- Freq 171- Cód 172- Quantidade US	173- Valor 174- Franquia/Co-participação R\$
175- 1- Abaixo 175- Código do Procedimento			176- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	177- Data Realização 178- Freq 179- Cód 180- Quantidade US	181- Valor 182- Franquia/Co-participação R\$
183- 1- Abaixo 183- Código do Procedimento			184- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	185- Data Realização 186- Freq 187- Cód 188- Quantidade US	189- Valor 190- Franquia/Co-participação R\$
191- 1- Abaixo 191- Código do Procedimento			192- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	193- Data Realização 194- Freq 195- Cód 196- Quantidade US	197- Valor 198- Franquia/Co-participação R\$
199- 1- Abaixo 199- Código do Procedimento			200- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	201- Data Realização 202- Freq 203- Cód 204- Quantidade US	205- Valor 206- Franquia/Co-participação R\$
207- 1- Abaixo 207- Código do Procedimento			208- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	209- Data Realização 210- Freq 211- Cód 212- Quantidade US	213- Valor 214- Franquia/Co-participação R\$
215- 1- Abaixo 215- Código do Procedimento			216- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	217- Data Realização 218- Freq 219- Cód 220- Quantidade US	221- Valor 222- Franquia/Co-participação R\$
223- 1- Abaixo 223- Código do Procedimento			224- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	225- Data Realização 226- Freq 227- Cód 228- Quantidade US	229- Valor 230- Franquia/Co-participação R\$
231- 1- Abaixo 231- Código do Procedimento			232- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	233- Data Realização 234- Freq 235- Cód 236- Quantidade US	237- Valor 238- Franquia/Co-participação R\$
239- 1- Abaixo 239- Código do Procedimento			240- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	241- Data Realização 242- Freq 243- Cód 244- Quantidade US	245- Valor 246- Franquia/Co-participação R\$
247- 1- Abaixo 247- Código do Procedimento			248- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	249- Data Realização 250- Freq 251- Cód 252- Quantidade US	253- Valor 254- Franquia/Co-participação R\$
255- 1- Abaixo 255- Código do Procedimento			256- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	257- Data Realização 258- Freq 259- Cód 260- Quantidade US	261- Valor 262- Franquia/Co-participação R\$
263- 1- Abaixo 263- Código do Procedimento			264- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	265- Data Realização 266- Freq 267- Cód 268- Quantidade US	269- Valor 270- Franquia/Co-participação R\$
271- 1- Abaixo 271- Código do Procedimento			272- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	273- Data Realização 274- Freq 275- Cód 276- Quantidade US	277- Valor 278- Franquia/Co-participação R\$
279- 1- Abaixo 279- Código do Procedimento			280- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	281- Data Realização 282- Freq 283- Cód 284- Quantidade US	285- Valor 286- Franquia/Co-participação R\$
287- 1- Abaixo 287- Código do Procedimento			288- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	289- Data Realização 290- Freq 291- Cód 292- Quantidade US	293- Valor 294- Franquia/Co-participação R\$
295- 1- Abaixo 295- Código do Procedimento			296- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	297- Data Realização 298- Freq 299- Cód 300- Quantidade US	301- Valor 302- Franquia/Co-participação R\$
303- 1- Abaixo 303- Código do Procedimento			304- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	305- Data Realização 306- Freq 307- Cód 308- Quantidade US	309- Valor 310- Franquia/Co-participação R\$
311- 1- Abaixo 311- Código do Procedimento			312- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	313- Data Realização 314- Freq 315- Cód 316- Quantidade US	317- Valor 318- Franquia/Co-participação R\$
319- 1- Abaixo 319- Código do Procedimento			320- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	321- Data Realização 322- Freq 323- Cód 324- Quantidade US	325- Valor 326- Franquia/Co-participação R\$
327- 1- Abaixo 327- Código do Procedimento			328- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	329- Data Realização 330- Freq 331- Cód 332- Quantidade US	333- Valor 334- Franquia/Co-participação R\$
335- 1- Abaixo 335- Código do Procedimento			336- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	337- Data Realização 338- Freq 339- Cód 340- Quantidade US	341- Valor 342- Franquia/Co-participação R\$
343- 1- Abaixo 343- Código do Procedimento			344- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	345- Data Realização 346- Freq 347- Cód 348- Quantidade US	349- Valor 350- Franquia/Co-participação R\$
351- 1- Abaixo 351- Código do Procedimento			352- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	353- Data Realização 354- Freq 355- Cód 356- Quantidade US	357- Valor 358- Franquia/Co-participação R\$
359- 1- Abaixo 359- Código do Procedimento			360- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	361- Data Realização 362- Freq 363- Cód 364- Quantidade US	365- Valor 366- Franquia/Co-participação R\$
367- 1- Abaixo 367- Código do Procedimento			368- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	369- Data Realização 370- Freq 371- Cód 372- Quantidade US	373- Valor 374- Franquia/Co-participação R\$
375- 1- Abaixo 375- Código do Procedimento			376- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	377- Data Realização 378- Freq 379- Cód 380- Quantidade US	381- Valor 382- Franquia/Co-participação R\$
383- 1- Abaixo 383- Código do Procedimento			384- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	385- Data Realização 386- Freq 387- Cód 388- Quantidade US	389- Valor 390- Franquia/Co-participação R\$
391- 1- Abaixo 391- Código do Procedimento			392- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	393- Data Realização 394- Freq 395- Cód 396- Quantidade US	397- Valor 398- Franquia/Co-participação R\$
399- 1- Abaixo 399- Código do Procedimento			400- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	401- Data Realização 402- Freq 403- Cód 404- Quantidade US	405- Valor 406- Franquia/Co-participação R\$
407- 1- Abaixo 407- Código do Procedimento			408- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	409- Data Realização 410- Freq 411- Cód 412- Quantidade US	413- Valor 414- Franquia/Co-participação R\$
415- 1- Abaixo 415- Código do Procedimento			416- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	417- Data Realização 418- Freq 419- Cód 420- Quantidade US	421- Valor 422- Franquia/Co-participação R\$
423- 1- Abaixo 423- Código do Procedimento			424- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	425- Data Realização 426- Freq 427- Cód 428- Quantidade US	429- Valor 430- Franquia/Co-participação R\$
431- 1- Abaixo 431- Código do Procedimento			432- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	433- Data Realização 434- Freq 435- Cód 436- Quantidade US	437- Valor 438- Franquia/Co-participação R\$
439- 1- Abaixo 439- Código do Procedimento			440- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	441- Data Realização 442- Freq 443- Cód 444- Quantidade US	445- Valor 446- Franquia/Co-participação R\$
447- 1- Abaixo 447- Código do Procedimento			448- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	449- Data Realização 450- Freq 451- Cód 452- Quantidade US	453- Valor 454- Franquia/Co-participação R\$
455- 1- Abaixo 455- Código do Procedimento			456- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	457- Data Realização 458- Freq 459- Cód 460- Quantidade US	461- Valor 462- Franquia/Co-participação R\$
463- 1- Abaixo 463- Código do Procedimento			464- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	465- Data Realização 466- Freq 467- Cód 468- Quantidade US	469- Valor 470- Franquia/Co-participação R\$
471- 1- Abaixo 471- Código do Procedimento			472- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	473- Data Realização 474- Freq 475- Cód 476- Quantidade US	477- Valor 478- Franquia/Co-participação R\$
479- 1- Abaixo 479- Código do Procedimento			480- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	481- Data Realização 482- Freq 483- Cód 484- Quantidade US	485- Valor 486- Franquia/Co-participação R\$
487- 1- Abaixo 487- Código do Procedimento			488- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	489- Data Realização 490- Freq 491- Cód 492- Quantidade US	493- Valor 494- Franquia/Co-participação R\$
495- 1- Abaixo 495- Código do Procedimento			496- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	497- Data Realização 498- Freq 499- Cód 500- Quantidade US	501- Valor 502- Franquia/Co-participação R\$
503- 1- Abaixo 503- Código do Procedimento			504- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	505- Data Realização 506- Freq 507- Cód 508- Quantidade US	509- Valor 510- Franquia/Co-participação R\$
511- 1- Abaixo 511- Código do Procedimento			512- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	513- Data Realização 514- Freq 515- Cód 516- Quantidade US	517- Valor 518- Franquia/Co-participação R\$
519- 1- Abaixo 519- Código do Procedimento			520- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	521- Data Realização 522- Freq 523- Cód 524- Quantidade US	525- Valor 526- Franquia/Co-participação R\$
527- 1- Abaixo 527- Código do Procedimento			528- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	529- Data Realização 530- Freq 531- Cód 532- Quantidade US	533- Valor 534- Franquia/Co-participação R\$
535- 1- Abaixo 535- Código do Procedimento			536- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	537- Data Realização 538- Freq 539- Cód 540- Quantidade US	541- Valor 542- Franquia/Co-participação R\$
543- 1- Abaixo 543- Código do Procedimento			544- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	545- Data Realização 546- Freq 547- Cód 548- Quantidade US	549- Valor 550- Franquia/Co-participação R\$
551- 1- Abaixo 551- Código do Procedimento			552- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	553- Data Realização 554- Freq 555- Cód 556- Quantidade US	557- Valor 558- Franquia/Co-participação R\$
559- 1- Abaixo 559- Código do Procedimento			560- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	561- Data Realização 562- Freq 563- Cód 564- Quantidade US	565- Valor 566- Franquia/Co-participação R\$
567- 1- Abaixo 567- Código do Procedimento			568- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	569- Data Realização 570- Freq 571- Cód 572- Quantidade US	573- Valor 574- Franquia/Co-participação R\$
575- 1- Abaixo 575- Código do Procedimento			576- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	577- Data Realização 578- Freq 579- Cód 580- Quantidade US	581- Valor 582- Franquia/Co-participação R\$
583- 1- Abaixo 583- Código do Procedimento			584- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	585- Data Realização 586- Freq 587- Cód 588- Quantidade US	589- Valor 590- Franquia/Co-participação R\$
591- 1- Abaixo 591- Código do Procedimento			592- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	593- Data Realização 594- Freq 595- Cód 596- Quantidade US	597- Valor 598- Franquia/Co-participação R\$
599- 1- Abaixo 599- Código do Procedimento			600- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	601- Data Realização 602- Freq 603- Cód 604- Quantidade US	605- Valor 606- Franquia/Co-participação R\$
607- 1- Abaixo 607- Código do Procedimento			608- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	609- Data Realização 610- Freq 611- Cód 612- Quantidade US	613- Valor 614- Franquia/Co-participação R\$
615- 1- Abaixo 615- Código do Procedimento			616- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	617- Data Realização 618- Freq 619- Cód 620- Quantidade US	621- Valor 622- Franquia/Co-participação R\$
623- 1- Abaixo 623- Código do Procedimento			624- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	625- Data Realização 626- Freq 627- Cód 628- Quantidade US	629- Valor 630- Franquia/Co-participação R\$
631- 1- Abaixo 631- Código do Procedimento			632- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	633- Data Realização 634- Freq 635- Cód 636- Quantidade US	637- Valor 638- Franquia/Co-participação R\$
639- 1- Abaixo 639- Código do Procedimento			640- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	641- Data Realização 642- Freq 643- Cód 644- Quantidade US	645- Valor 646- Franquia/Co-participação R\$
647- 1- Abaixo 647- Código do Procedimento			648- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	649- Data Realização 650- Freq 651- Cód 652- Quantidade US	653- Valor 654- Franquia/Co-participação R\$
655- 1- Abaixo 655- Código do Procedimento			656- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	657- Data Realização 658- Freq 659- Cód 660- Quantidade US	661- Valor 662- Franquia/Co-participação R\$
663- 1- Abaixo 663- Código do Procedimento			664- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	665- Data Realização 666- Freq 667- Cód 668- Quantidade US	669- Valor 670- Franquia/Co-participação R\$
671- 1- Abaixo 671- Código do Procedimento			672- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	673- Data Realização 674- Freq 675- Cód 676- Quantidade US	677- Valor 678- Franquia/Co-participação R\$
679- 1- Abaixo 679- Código do Procedimento			680- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	681- Data Realização 682- Freq 683- Cód 684- Quantidade US	685- Valor 686- Franquia/Co-participação R\$
687- 1- Abaixo 687- Código do Procedimento			688- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	689- Data Realização 690- Freq 691- Cód 692- Quantidade US	693- Valor 694- Franquia/Co-participação R\$
695- 1- Abaixo 695- Código do Procedimento			696- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	697- Data Realização 698- Freq 699- Cód 700- Quantidade US	699- Valor 700- Franquia/Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representada, 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 (a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (b) 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.

48- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/05/2011
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/05/2011
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Beneficiária
18/05/2011
53- Data, local e Carimbo da Empresa
18/05/2011

Dra. Julia Borges
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356

2-N⁺[illegible]

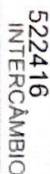
Dados do Contribuinte (Preencher apenas Tratamento)									
16. Alvarão nº e R/N									
17. Nome do Contribuinte (Razão Social)									
N JULIA BORGES SILVA									
18. Número do CNPJ									
138356									
19. UF									
SP									
20. Código CNPJ 8									
21. Código no Operador (CNPJ / CNPJ)									
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3									
22. Nome do Contribuinte (Razão Social)									
JULIA BORGES SILVA									
23. Número do CNPJ									
138356									
24. UF									
SP									
25. Código CNPJ 8									
26. Nome do Contribuinte (Razão Social)									
JULIA BORGES SILVA									
27. Número do CNPJ									
138356									
28. UF									
SP									
29. Código CNPJ 8									

025 -

Faturar Empresa

Formulário de Tratamento / Procedimento Odontológico												
30 - Data	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Fases	35 - Cód.	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Frangula/Co-participação R\$	39 - Aut.	40 - Data de Realização	41 - Médico da Clínica	42 - Assinatura
10/01/2018	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA										
10/01/2018	2	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,4	10,0					
10/01/2018	3	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	4	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	5	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	6	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	7	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	9	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	10	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	11	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	12	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	13	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	14	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					
10/01/2018	15	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0					

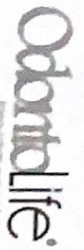
2.54

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

4-2

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



548469
INTERCAMBIO

1- Agência ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/11/05 12:11	4- Data de Autenticação 11/12/05 12:11	5- Empresa AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8577161	7- Data Validade da Guia 10/19/08 12:11
--------------------------	--	---	--------------------------	--	--

8- Nome do Cliente 0 0 2 0 2 5 3 7 2 1 5 7 0 0 0 0 0 1 0 1 1	9- Fábica POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade do Contrato 11/11/05 12:11	12- Número do Contrato Nacional de Saúde
---	----------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome LAIENE APARECIDA GONCALVES	14- Data de Emissão da Guia 09/09/1991	15- Empresa LAIENE APARECIDA GONCALVES
--	---	---

16- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento N JULIA BORGES SILVA	17- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	18- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	19- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	20- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	21- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	22- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	23- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	24- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	25- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	26- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	27- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	28- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	29- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	30- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	31- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	32- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	33- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	34- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	35- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	36- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	37- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	38- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	39- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	40- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	41- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	42- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	43- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	44- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	45- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	46- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	47- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	48- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	49- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	50- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	51- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	52- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	53- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	54- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	55- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	56- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	57- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	58- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	59- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	60- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	61- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	62- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	63- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	64- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	65- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	66- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	67- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	68- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	69- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	70- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	71- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	72- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	73- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	74- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	75- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	76- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	77- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	78- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	79- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	80- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	81- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	82- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	83- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	84- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	85- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	86- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	87- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	88- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	89- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	90- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	91- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	92- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	93- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	94- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	95- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	96- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	97- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	98- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	99- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	100- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, agenciado a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaram, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por eles realizado(s), foram realizados com o devido cuidado e com os custos conforme previsto em contrato.

49- Ocorrência	50- Data local e Assinatura do Conselho-Dentista	51- Data local e Assinatura do Conselho-Dentista	52- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	54- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	55- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	56- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	57- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	58- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	59- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	60- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	61- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	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

24P



555797
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414		3º Data de Emissão da Guia 11/08/2011		4º Data de Autorização 11/08/2011		5º Sentença AUTORIZADO		6º Número da Guia Principal 8602674		7º Data Validade da Sentença 11/08/2011	
8º Nome do Beneficiário 000202025379603000000101		9º Pos POS REDE PRESTADORA		10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11º Nome de Mãe do Paciente TIAGO SOFA SCOT		12º Número de Cartão Nacional de Saúde			
13º Nome TIAGO SOFA SCOT		31/08/1981		14º Telefone () - - - - -		15º Nome de Mãe do Paciente TIAGO SOFA SCOT		16º Número de Cartão Nacional de Saúde			
16º Atendimento a RN N		17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18º Número no CRO 138356		19º UF SP		20º Código CBO S 025		Faturar Empresa	
21º Código na Operadora / CNU / 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					
30º Tabela		31º Código do Procedimento		32º Descrição		33º Dente/Região		34º Face		35º Qtd	
1		00		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34	
2		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
3		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
4		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
5		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
6		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
7		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
8		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
9		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
10		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
11		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
12		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
13		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
14		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
15		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
16		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
17		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
18		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
19		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
20		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
21		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
22		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
23		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
24		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
25		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
26		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
27		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
28		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
29		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
30		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
31		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
32		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
33		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
34		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
35		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
36		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
37		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
38		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
39		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
40		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
41		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
42		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
43		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
44		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
45		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
46		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
47		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
48		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
49		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
50		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
51		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
52		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
53		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
54		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
55		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
56		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
57		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
58		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
59		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
60		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
61		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
62		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
63		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
64		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
65		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
66		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
67		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
68		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
69		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
70		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
71		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
72		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
73		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
74		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
75		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
76		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
77		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
78		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
79		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
80		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
81		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
82		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
83		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
84		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
85		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
86		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
87		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
88		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
89		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
90		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
91		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
92		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
93		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
94		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
95		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
96		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
97		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
98		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
99		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
100		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
101		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
102		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
103		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
104		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
105		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
106		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
107		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
108		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
109		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
110		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
111		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
112		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
113		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
114		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
115		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
116		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
117		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
118		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
119		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
120		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
121		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
122		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
123		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
124		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
125		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
126		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
127		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
128		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
129		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
130		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
131		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
132		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
133		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
134		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
135		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
136		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
137		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
138		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
139		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
140		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
141		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
142		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
143		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
144		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
145		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
146		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
147		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
148		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
149		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
150		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
151		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
152		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
153		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
154		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
155		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
156		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
157		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
158		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
159		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
160		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
161		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
162		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
163		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
164		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
165		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
166		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
167		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
168		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
169		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
170		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1		35	
171		00		PROFILAXIA POLIMENTO		1		1			