



2-M

376552
INTERCÂMBIO

10

8- Total Franquia / Co-participação	R\$ _____
-------------------------------------	-----------

que assina esse documento,

1561

CRO SP. 138356

CR0-SP: 138356



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019 12:00	4-Data de Autorização 13/09/2019 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 384549	7-Data Validade da Senha 12/11/2020
--------------------------	---	---	-----------------------	--------------------------------------	--

384549
INTERCÂMBIO

9- Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 9 8 7 2 5 0 0 0 0 0 1 0 1
9- Prêmio POS REDE PRESTADORA	
10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11- Data Vencida da Carteira	/ /
12- Número do Contrato Nacional de Saúde	

13- Nome CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS 23/06/1992	14- Telefone () 	15- Nome do filiar do plano CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS
---	--	---

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
18-Número do CNO 138356	19-UF SP
20-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa	

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	4391581045863
22-Nome do Contribuinte Enquadrante	JULIA BORGES SILVA
23-Número no CNPJ	138356
24-UF	SP
25-Código CIES	
Enviar - RX (!) 81000421-	

26-Nome do Profissional Enquadrado	27-Número do CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

[illegible]

RESINADURA RESINA	3/	V	1	6	1	0	0	S	11	18	100	X	Danmark
RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	4	0	0	0	S	11	18	80	X	Danmark
		8	1	0	0	0	4	2	1				
		2	0	0									

5. 

[illegible]

0

[illegible]

A series of 12 horizontal lines for handwriting practice. Each line consists of a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line. Arrows are placed along the lines to indicate the direction of the strokes: a downward arrow on the left side of each line, and upward arrows on the right side of each line.

12

13

14

[illegible][illegible]

4a Observação

1000

01/10/20	Dra. Julia Borges	01/10/20	Dra. Julia Borges	01/10/20	Camero	33 Data, local e caminho da Empresa
01/10/20	Dra. Julia Borges	01/10/20	Dra. Julia Borges	01/10/20	Camero	33 Data, local e caminho da Empresa

Cirurgia Plástica
 CRO SP: 138350



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

01/11/2023
Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 188356

04/11/2023
Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 188356

01/10/2023
Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 188356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



385889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/09/2012

4-Data de Autorização
31/09/2012

5-Sinthe
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7917184

7-Data Validade da Sinthe
12/08/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202532157600000105

9-Papo
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
AMELIL PIRES LEONEL

14-Telefone
17/012013

15-Nome do titular do plano
MONIKE DE QUEIROZ PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

18-Número no CRO
138356

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CBO / CPF
439158045863

22-Nome do Contratado Executante
JULIA BORGES SILVA

23-Número no CRO
138356

24-UF
SP

25-Código CNEC
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/Rigido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Moiv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moiv da Guia 42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00				
2-00	8400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00				
3-00	8100014	CONDICIONAMENTO EM		1	1	70,00	0,00				
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-Critérios de Tabela de Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantizado US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/10/2012 Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/10/2012 Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/2012 Monike de Queiroz Pires
Beneficiária / Responsável
CRO SP: 138356

53-Data, local e Carimbo da Empresa



2-M



Unidos do Beneficência

13-NameDados do Contratado Responsável pelo TratamentoPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

14-A-Olsen v. Ash

Case -

...is now

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

388510



53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N^o387761
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15- Nome do titular do plano
LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES

025 - Faturar Empresa

Enviar - f
(1) 85100218

29-Código CBO S

30-Itens	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1100	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODL	1	122,00	0			10/02/2011		

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

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

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

[illegible]

-Valor Total R\$	0,00
48- Total Franquia / Co-participação R\$	

Empirar as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em

— 100 —

a, locais e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{NE}



387772
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 10/11/10 12:01	4º Data de Autorização 10/11/10 12:01	5º Sentença AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 7925349	7º Data Validação da Sentença 13/01/11 12:12:01
Dados do Beneficiário			11º Data Validação da Carteira 11/11/11		
8º Número da Carteira 000202153117191000011041			12º Número do Cartão Nacional de Saúde		
9º Plano POS REDE PRESTADORA			13º Nome EMILLY BORGES DE SOUZA		
14º Telefone () - - - - -			15º Nome do titular do plano JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16º Atendimento a RM N		17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18º Número no CRO 138356	
21º Código na Operadora (CNPJ)/CPF 43958045863		22º Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA		23º Número no CRO 138356	
26º Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA		27º Número no CRO 138356		28º UF SP	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30º Tabela	31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Densio/Rajão	34º Fase	35º Cód
1-0018510218		RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1
2-0018510210		RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1
3-0018510210					
4-0018510210					
5-0018510210					
6-0018510210					
7-0018510210					
8-0018510210					
9-0018510210					
10-0018510210					
11-0018510210					
12-0018510210					
13-0018510210					
14-0018510210					
15-0018510210					
43º Data Previsto Término do Tratamento					
44º Tipo de Atendimento					
45º Tipo de Faturamento					
46º Total Quantidades US					
47º Valor Total R\$					
48º Total Franquia Co-participação R\$					
50º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/10 Dr. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356					
51º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/10 Dr. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356					
52º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/10 Jaqueline B.S.S.					
53º Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11					

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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s), acima, e por mim assinado(s), tenham 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.

49º Observação

Jaqueline B.S.S.

2-N⁺377477
INTERCÂMBIO

CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS

(1) 85100200

1000 JOURNAL OF CLIMATE

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO SP: 138356

2-M



SECRETARY OF DEFENSE

1

noterentis a

5	5
---	---

~~Dra Julia Borg~~

CRO SP: 138356



Tratamento para odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



387746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	3-Data de Autorização 08/11/2012	4-Autorizado AUTORIZADO	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Primária 7925255	7-Data Validade da Guia 13/01/12
8-Nome do Beneficiário CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS						
9-Plano de Saúde POS RIDE PRESTADORA						
10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA						
11-Data Validade da Carteira CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS						
12-Número do Cartão Nacional do Saúde						
13-Data de Emissão da Guia 23/06/1992						
14-Telefone						
15-Data Validade da Carteira						
16-Data Validade da Carteira						
17-Data Validade da Carteira						
18-Data Validade da Carteira						
19-Data Validade da Carteira						
20-Data Validade da Carteira						
21-Data Validade da Carteira						
22-Data Validade da Carteira						
23-Data Validade da Carteira						
24-Data Validade da Carteira						
25-Data Validade da Carteira						
26-Data Validade da Carteira						
27-Data Validade da Carteira						
28-Data Validade da Carteira						
29-Data Validade da Carteira						
30-Data Validade da Carteira						
31-Data Validade da Carteira						
32-Data Validade da Carteira						
33-Data Validade da Carteira						
34-Data Validade da Carteira						
35-Data Validade da Carteira						
36-Data Validade da Carteira						
37-Data Validade da Carteira						
38-Data Validade da Carteira						
39-Data Validade da Carteira						
40-Data Validade da Carteira						
41-Data Validade da Carteira						
42-Data Validade da Carteira						
43-Data Validade da Carteira						
44-Data Validade da Carteira						
45-Data Validade da Carteira						
46-Data Validade da Carteira						
47-Data Validade da Carteira						
48-Data Validade da Carteira						
49-Data Validade da Carteira						
50-Data Validade da Carteira						
51-Data Validade da Carteira						
52-Data Validade da Carteira						
53-Data Validade da Carteira						
54-Data Validade da Carteira						
55-Data Validade da Carteira						
56-Data Validade da Carteira						
57-Data Validade da Carteira						
58-Data Validade da Carteira						
59-Data Validade da Carteira						
60-Data Validade da Carteira						
61-Data Validade da Carteira						
62-Data Validade da Carteira						
63-Data Validade da Carteira						
64-Data Validade da Carteira						
65-Data Validade da Carteira						
66-Data Validade da Carteira						
67-Data Validade da Carteira						
68-Data Validade da Carteira						
69-Data Validade da Carteira						
70-Data Validade da Carteira						
71-Data Validade da Carteira						
72-Data Validade da Carteira						
73-Data Validade da Carteira						
74-Data Validade da Carteira						
75-Data Validade da Carteira						
76-Data Validade da Carteira						
77-Data Validade da Carteira						
78-Data Validade da Carteira						
79-Data Validade da Carteira						
80-Data Validade da Carteira						
81-Data Validade da Carteira						
82-Data Validade da Carteira						
83-Data Validade da Carteira						
84-Data Validade da Carteira						
85-Data Validade da Carteira						
86-Data Validade da Carteira						
87-Data Validade da Carteira						
88-Data Validade da Carteira						
89-Data Validade da Carteira						
90-Data Validade da Carteira						
91-Data Validade da Carteira						
92-Data Validade da Carteira						
93-Data Validade da Carteira						
94-Data Validade da Carteira						
95-Data Validade da Carteira						
96-Data Validade da Carteira						
97-Data Validade da Carteira						
98-Data Validade da Carteira						
99-Data Validade da Carteira						
100-Data Validade da Carteira						



2-M

383720
INTERCÂMBIO

JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100218

o que assina esse docilmente, os valores

CRO SR: 138356

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N^a

1-Registro AMS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 0 7 // 1 0 // 2 0	4-Dia de Autocrço 1 2 // 1 0 // 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940800	7-Dia Validade da Senha 0 5 // 0 1 // 2 1
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Distrito do Beneficiário

391536
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 1 2 0 1 2 5 3 1 1 8 6 2 9 0 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Emprego	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cad. Nacional de Saúde	
13-Nome	SUZANA DE JESUS SILVA
14-Telefone	
15-Nome do titular do plano	SUZANA DE JESUS SILVA
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	09/10/1983

16-Atribuição e RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 5
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	
21-Diálogo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CIES
14 3 9 5 8 1 0 4 5 8 6 3	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 5
JULIA BORGES SILVA		138356	SP	

Órgão de Tratamento / Procedimento Solicitado

Faturar Empresa 025 -

10-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Orçamento	34-Face	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3	4,00	0,00	0	0		
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3	5,00	0,00	0	0		
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3	5,00	0,00	0	0		
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3	5,00	0,00	0	0		
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3	5,00	0,00	0	0		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fracionamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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 exceção 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 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 11/3/11 10/12/20	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/11 12/11/20 Dra. Jullia Borges	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/11 10/12/10 Wagner	53-Dia, local e Cambio da Empresa 11/11/11/11
--	--	--	--

Dr. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

CRO SP: 1:28356

~~CRO SP. 138556~~



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



387742
INTERCÂMBIO

Barra código para troca entre

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10/12/10	4-Data de Autorização 10/8/11/10/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7925232	7-Data Vencimento da Guia 13/01/11/12/10
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10/2/5/10/5/5/0/6/0/1/3/5/6/7/0/1	9-Data POS RIDE PRESTADORA	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde 11/11/11/11
---	-------------------------------	---	---	--

13-Nome TATIANA LUZIA LONDE GOMES	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano TATIANA LUZIA LONDE GOMES
--------------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratante / Responsável pelo Tratamento

16-Admissional e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CNPQ 138356	19-UF SP	20-Código CEE 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-----------------------------	-------------	---

21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 14/3/9/5/8/0/4/5/8/6/13/11	22-Data de Contratação Excepcional JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNPQ 138356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100218 (1) 81000421
--	--	-----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CNPQ 138356	28-UF SP	29-Código CEE 025 - Faturar Empresa
---	-----------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rencl	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-R\$	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
3-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
4-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
5-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
6-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
7-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
8-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
9-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
10-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
11-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
12-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
13-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
14-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
15-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
16-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
17-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
18-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
19-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
20-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
21-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
22-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
23-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
24-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
25-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
26-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
27-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
28-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
29-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
30-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
31-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
32-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
33-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
34-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
35-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
36-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
37-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
38-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
39-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
40-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
41-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
42-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
43-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
44-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
45-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
46-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
47-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
48-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
49-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
50-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
51-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
52-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
53-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
54-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
55-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
56-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
57-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
58-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
59-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
60-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
61-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
62-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
63-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
64-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
65-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
66-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
67-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
68-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
69-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
70-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
71-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
72-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
73-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
74-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
75-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
76-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
77-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
78-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
79-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
80-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
81-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
82-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
83-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
84-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
85-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
86-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
87-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
88-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
89-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
90-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
91-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
92-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
93-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
94-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
95-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
96-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
97-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
98-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
99-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
100-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

Declaro que todos os dados declarados e assinados sobre os procedimentos, custos e alienações de tratamento, conforme acima apresentados, estão e estarão em execução, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) proced(imento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e assinatura do Grupo-Dentista Solicitante

51-Data, local e assinatura do Grupo-Dentista

52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Representante

53-Data, local e assinatura da Empresa

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356



386746
INTERCÂMBIO

1- Número ANS 406414	2- Nome do Fornecedor da Guia 31011019112101	3- Data de Autorização 01/08/11 01/12/10	4- Serviço AUTORIZADO	5- Número da Guia Original 7923596	6- Data Validade da Guia 12/09/11 12/12/10
7- Dados do Beneficiário					
8- Nome TATIANA LUZIA LONDE GOMES					
9- Data de Nascimento 18/05/1982					
10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA					
11- Nome do Beneficiário do plano TATIANA LUZIA LONDE GOMES					
12- Nome do Cessão Nacional de Saúde					
13- Nome do Beneficiário JULIA BORGES SILVA					
14- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
15- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
16- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
18- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
19- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
20- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
21- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
22- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
23- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
24- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
25- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
26- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
27- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
28- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
29- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
30- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
31- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
32- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
33- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
34- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
35- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
36- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
37- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
38- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
39- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
40- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
41- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
42- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
43- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
44- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
45- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
46- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
47- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
48- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
49- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
50- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
51- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
52- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
53- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
54- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
55- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
56- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
57- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
58- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
59- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
60- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
61- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
62- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
63- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
64- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
65- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
66- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
67- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
68- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
69- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
70- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
71- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
72- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
73- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
74- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
75- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
76- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
77- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
78- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
79- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
80- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
81- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
82- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
83- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
84- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
85- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
86- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
87- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
88- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
89- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
90- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
91- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
92- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
93- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
94- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
95- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
96- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
97- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
98- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
99- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
100- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					

Dr. **Julia Borges**
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

Dr. **Julia Borges**
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

2-N

394181
INTERCÂMBIO12. Número do Cartão Nacional de Saúde

ANA PAULA CASTELANI

7

(1) 6.500

2007

0.7

2.12.1

2.

—

—

—

--

1

1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



394211
INTERCÂMBIO

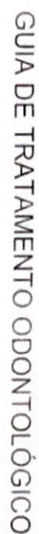
1. Reger - ANS 406414	3. Data de Exatidão ou Guia 12/11/2006	4. Data de Autenticação 19/11/2006	5. Sentença AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7951459	7. Data Validade da Sentença 10/11/2011
8. Nome da Clínica 00020253117171900000103	9. P.R.N. POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/11/11	12. Número do Cartão Nacional de Saúde	
13. Nome YASMIN BORGES DE SOUZA	27/01/2006	14. Telefone ()	15. Nome do titular do plano JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA		
16. Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N	17. Nome da Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	18. Número no CRO 138356	19. UF SP	20. Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21. Código na Operadora / CDP / CPE 43958045863	22. Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23. Número no CRO 138356	24. UF SP	25. Código CNE/S 29. Código CBO S	
26. Nome da Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27. Número no CRO 138356	28. UF SP	29. Código CBO S		
30. Tabela 31. Código do Procedimento 1.008100030	32. Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33. Ordem Regido 1	34. Preço 34,00	35. Qtd 0	36. Franquia/Co-participação R\$ 5106,10
37. Valor 0,00	38. Franquia/Co-participação R\$ 5106,10	39. Aut 5106,10	40. Data de Realização 10/11/2011	41. Motivo da Guia 42. Assinatura Jaqueline B.S.	
43. Data Realizado 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 Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49. Declaração
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.

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
06/11/2011
Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável
06/11/2011
Jaqueline B.S.

52. Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11



397072

INTERCÂMBIO

9) Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 1 1 7 1 9 0 0 0 0 0 1 0 2
9a) PIS/PASEP POS REDE PRESTADORA	
10) Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11) Data Vencida da Carteira	/ / / / / /
12) Número do Cadastro Nacional de Saúde	

1-3-Nome RODRIGO ERNANDES DE SOUZA Dados do Contrato, Responsável pelo Tratamento	
31/07/1983	
14-Telefone () ()	
15-Memória de Valor no Plano JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA	

16- Afundamento à RH N	17- Nome do Profissional Social JULIA BORGES SILVA	18- Número no CRO 138356	19- UF SP	20- Categoria CBO S
025 - Futura Empresa				

4		3		9		5		8		0		4		5		8		6		3			
JULIA BORGES SILVA																							
23-Numero no CRD 138356																							
24-UF SP												25-Código ORES											
27-Numero no CRD												29-Código CBO S											
28-UF																							
Enviar - RX (0) 85100200																							

JULIA BORGES SILVA		138356	SP	
Pavão de Tatuagem/ Procedimentos Societários				
32- Descrição	33- Data de Realização	34- Fatura	35- CID	36- Quantidade IUS
37- Valor	38- Exatidão/IN% - Descontos em R\$	39- A.d.	40- Data da Realização	41- Número da Guia (e Anexo)
30- Tabela	31- Código de Procedimento			

[illegible][illegible]

5. 

[illegible][illegible]

11

[illegible][illegible]

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

19-Observação

09 Data: Local de Assinatura do Conselho Municipal Social nº _____

 **DURRION**

10 Data: Local de Assinatura do Conselho Municipal Social nº _____



11 Data: Local de Assinatura do Conselho Municipal Social nº _____



12 Data: Local de Assinatura do Conselho Municipal Social nº _____



Dr. Carla Dourado Cirurgiã Dentista 138356	Dr. Julia Borges Cirurgiã Dentista	Dr. Julia Borges Cirurgiã Dentista	Dr. Carla Dourado Cirurgiã Dentista
--	--	--	---

~~SRD: 1000~~
~~GRD SP: 738356~~

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

214



396811
INTERCÂMBIO

1- Registro ABO	406414	3- Data de Emissão da Guia	15/11/2010	4- Data de Autorização	19/11/2010	5- Sentença	AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal	7962365	7- Data Validação da Sentença	13/10/2011	12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
8- Nome do Beneficiário	010202025318629000001021												
9- Plano	POS REDE PRESTADORA												
13- Nome	JOAO PAULO SILVA PEREIRA												
14- Telefone	() - - - - -												
10- Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA												
15- Nome do Titular do Plano	SUZANA DE JESUS SILVA												
11- Data Vencimento da Carteira	/ /												
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 / CBO / CFP	43958045863												
22- Nome do Contratado Executante	JULIA BORGES SILVA												
23- Número no CRO	138356												
24- UF	SP												
25- Código CHES													
26- Nome do Profissional Executante	JULIA BORGES SILVA												
27- Número no CRO	138356												
28- UF	SP												
29- Código CBO S													
30- Tabela	31- Código do Procedimento												
1-010181000065	32- Descrição												
	CONSULTA ODONTOLÓGICA												
33- Dente/Região	34- Fase												
	35- Qnt												
	36- Quantidade US												
	37- Valor												
	38- Franquia/Co-participação R\$												
	39- Aut												
	40- Data de Realização												
	41- Médico da Guia												
	42- Assinatura												
	43- Data Prevista 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\$												

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
20/11/2010
Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2010
Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2010
Dra. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRO SP: 138356

53- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ /
/ /
/ /



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2/14



396810
INTERCAMBIO

1- Registro ABO 406414	2- Data de Emissão da Guia 15/11/2012	3- Data de Autorização 19/11/2012	4- Serviço AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 7962323	6- Data de Validade da Guia 13/11/2013
Dados do Beneficiário			7- Data de Validade da Guia 13/11/2013		
8- Nome do Beneficiário JOAO PAULO SILVA PEREIRA			9- Plano POS REDE PRESTADORA		
10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11- Data de Validade da Carteira 11/11/11		
12- Nome do Contratado Excludente JULIA BORGES SILVA			13- Nome do Contratado Excludente SUZANA DE JESUS SILVA		
14- Telefone () - - - - -			15- Nome do titular do plano SUZANA DE JESUS SILVA		
16- Número no CRO 138356			17- UF SP		
18- Número no CRO 138356			19- UF SP		
20- Código CNEC 025 -			21- Número do Contrato Nacional de Saúde		
22- Nome do Profissional Excludente JULIA BORGES SILVA			23- Código CRO S SP		
24- Nome do Profissional Excludente JULIA BORGES SILVA			25- Código CRO S SP		
26- Nome do Profissional Excludente JULIA BORGES SILVA			27- Código CRO S SP		
28- Nome do Profissional Excludente JULIA BORGES SILVA			29- Código CRO S SP		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	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 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
2	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
3	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
4	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
5	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
6	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
7	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
8	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
9	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
10	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
11	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
12	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
13	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
14	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
15	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
16	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
17	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
18	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
19	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
20	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
21	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
22	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
23	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
24	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
25	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
26	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
27	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
28	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
29	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
30	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
31	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
32	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
33	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
34	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
35	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
36	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
37	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
38	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
39	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
40	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
41	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
42	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
43	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
44	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
45	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
46	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
47	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
48	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
49	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
50	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
51	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
52	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
53	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
54	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
55	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
56	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
57	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
58	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
59	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12
60	0 0 8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 10 0	0 10 0	1	1	11/11/12	11/11/12

Declaramos que agimos de acordo com o propósito, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizado a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos 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.

43- Observações

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 15/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 15/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 15/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	53- Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2012
--	--	--	--



1 - Registro ANS	3 - Data de Anúncio do Seguro	5 - Semelha	7 - Data Vencimento do Seguro
406414	1 1 5 / 1 1 0 / 1 2 0	AUTORIZADO	1 1 3 / 1 1 0 / 1 1 2 1
Dados do Beneficiário			
8 - Nome da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira
0 0 1 2 0 1 2 1 5 3 1 1 8 6 1 2 9 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 4	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1 1 1 / 1 1 1 / 1 1 1
13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do Titular do plano	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
PEDRO HENRIQUE SILVA PEREIRA	(1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	SUZANA DE JESUS SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16 - Atendimento a RN	17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP
21 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF
4 3 1 9 1 5 1 8 1 0 1 4 1 5 1 8 1 6 1 3 1 1 1 1	JULIA BORGES SILVA	138356	SP
25 - Nome do Profissional Executante	26 - UF	27 - Número no CRO	28 - UF
JULIA BORGES SILVA		138356	SP
29 - Código CBO S	30 - Código CBO S	31 - Código CBO S	32 - Código CBO S
Faturar Empresa 025 -			

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Rio/Boleto	34 - Frase	35 - CID	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Frequência/Co-participação R\$	39 - Anál	40 - Data de Realização	41 - Médico ou Operador	42 - Assinatura	
1	0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2	0	0	8	1	0	0	0	1	9	8			
3	0	0	8	1	0	0	0	1	9	8			
4	0	0	8	1	0	0	0	1	9	8			
5	0	0	8	1	0	0	0	1	9	8			
6	1	1	0	0	0	0	0	6	5				
7	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
8	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
9	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
10	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
11	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
12	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
13	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
14	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
15	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
16	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
17	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
18	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
19	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
20	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
21	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
22	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
23	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
24	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
25	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
26	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
27	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
28	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
29	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
30	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
31	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
32	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
33	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
34	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
35	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
36	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
37	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
38	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
39	1	1	0	0	0	0	0	1	9	8			
40	1	1											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

14



396804
INTERCAMBIO

1 Registre aqui 406414	2 Data de Emissão da Guia 15/11/2011	3 Data de Autorização 19/11/2011	4 Setor AUTORIZADO	5 Número da Guia Principal 7962319	6 Data Validação em Sanha 13/11/2011
7 Dado de Realização			8 Plano POS REDE PRESTADORA	9 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10 Data Validação da Carteira 11/11/11
11 Nome DENILSON PRATES DOS SANTOS			12 Data de Realização 26/09/1992	13 Telefone () - - - - -	14 Nome do titular do plano DENILSON PRATES DOS SANTOS
15 Assinatura a RN JULIA BORGES SILVA			16 Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	17 Número no CRO 138356	18 UF SP
19 Código de Questões (CNP) / CPF 1431951804518613			20 Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	21 Número no CRO 138356	22 UF SP
23 Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA			24 Número no CRO 138356	25 UF SP	26 Código CNES 025 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Face	35 Cód
1	0 0 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0 0
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3 5 10 0
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5 10 0
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3 5 10 0
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5 10 0
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43 Data 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\$					

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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
26/11/10/2011
Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/11/10/2011
Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

52 Data, local e Assinatura do Empenho / Representante
26/11/10/2011
Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

53 Data, local e Cambio da Empresa
11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



390525
INTERCÂMBIO

1. Registro AAS 406414	13. Guia de Emissão da Guia 06/11/10/12/01	14. Guia de Autorização 08/11/10/12/01	15. Serviço AUTORIZADO	16. Número da Guia Principal 7936297	17. Data Validade no Serviço 04/10/11/12/11
---------------------------	---	---	---------------------------	---	--

8. Número da Carteira 0020202532157600000104	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 GABRIEL PIRES LEONEL	15/05/2009	14. Telefone ()	15. Nome do Titular do plano MONIKE DE QUEIROZ PIRES
----------------------------------	------------	---------------------	---

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

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 4391581045863	22. Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23. Número no CRO 138356	24. UF SP	25. Código CBO S Enviar - RX (0) 85100200 (1) 85100200
---	---	-----------------------------	--------------	---

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

30. Tabula	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Ranjo	34. Face	35. Ord	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Guia 42. Autorização
1-0-0	8-5-1-0-0-2-0-0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8-8-10-0	0,10	0,10	15	10/10/20	20
2-0-0	8-5-1-0-0-2-0-0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8-8-10-0	0,10	0,10	15	10/10/20	20
3-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
4-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
5-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
6-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
7-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
8-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
9-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
10-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
11-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
12-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
13-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
14-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										
15-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1										

43. Data Finalizada Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento ☐ 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento ☐ 1. Total 2. Parcial	46. Total Quantidade US 176,00	47. Valor Total R\$ 0,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)am 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 23/11/10 Pires	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Julia Borges	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/10 Pires	53. Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	--------------------------------------

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356