



Indicador: 104 102 103

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



364797
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/08/2012	4-Dia de Autorização 27/08/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824763	7-Dia Validação da Sentença 12/09/2012
--------------------------	--	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531004300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12/01/2013
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		13-Nome PEDRO HENRIQUE SOUSA DE ARAUJO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZA MARIA DE SOUSA
16-Alteramento 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 / CNEJ / CPF 143958045863	22-Nome do Contratado Excludente JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Excludente 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-Quantidade	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Morno da Guia	42-Assinatura
1-00	85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	OVD	1	122,00	0,00	51,31	101812101			J. Borges
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Endeodonta	1-Total 2-Parcial	122,00	10,00	

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

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã-Dentista CRO SP-138356	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã-Dentista CRO SP-138356	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2012 Luisa Maria de Sousa	53-Dia, local e Canto da Empresa 11/11/11
---	---	--	--

2-N



364584
INTERCAMBIO

2

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

10

1998

41- Motivo da Ciosa 42- Assin

20 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

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

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

—

[illegible]

1	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]

...tente e arcar com os custos pr
que assina esse documento.

--

1000





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



359750
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/09/2018	3-Data de Autorização 12/11/2018	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7800296	6-Data Validade da Sentença 11/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531279600010105	9-Puro 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 MARCUS WITTO CASTELANI ARANHA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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) / CNF 43958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
--	--	----------------------------	-------------	---

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	12,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
4-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
5-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
6-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
7-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
8-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
9-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
10-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
11-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
12-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
13-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
14-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus
15-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Marcus

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Franchisa	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franchisa / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Implante/Enfermagem	1-Total 2-Parcial
11/11/11	1-Tipologia	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Implante/Enfermagem	1-Total 2-Parcial

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/2018 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRD SP: 1.83356	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2018 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRD SP: 1.83356	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2018 Ana Paula Castelani Cirurgiã Dentista CRD SP: 1.83356	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



361381
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08	4-Data de Autorização 12/11/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808032	7-Data Validade da Senha 11/11/2011
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Data do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020253117190000011011	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 JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA
--	------------------------------	--

16-Atendimento a PM 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 / CNEP / CPF 1439180415181613	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CHES (1) 85100200
---	--	----------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CNO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S (1) 85100200
--	----------------------------	-------------	---------------------------------

Primo de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat
1-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0 0	11	PD	1	8 8 1 0 0 0	0 1 0 0 0	5125110210	12/11/08
2-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0 0	12	PM	1	8 8 1 0 0 0	0 1 0 0 0	5125110210	12/11/08
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 Cirurgião-Dentista CRO SP: 138356	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 Cirurgião-Dentista CRO SP: 138356	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08 J. Jacqueline CRO SP: 138356	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



Empresas para todo Brasil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



359757
INTERCAMBIO

1- Registro ABO 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4- Data de Autorização 12/11/08/2011	5- Sessão AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7800307	7- Data Validade da Sessão 11/11/2011
------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

8- Número da Clínica 0012012527164110000110121	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Clínica 11/11/11	12- Número do Cadastro Nacional de Saúde LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
--	------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--

13- Nome JUNIOR DOS REIS LOPES	14- Telefone 07/08/1974	15- Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	16- Assinatura a FN JULIA BORGES SILVA	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CRO 138356	19- UF SP	20- Código CBO 5	21- Código na Operação / CNEP / CDP 1439158104158631	22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CNES 025 -	26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27- Número no CRO 138356	28- UF SP	29- Código CBO 8	30- Valor 025 -	31- Faturar Empresa Enviar - RX	32- (1) 85100200
--------------------------------	-------------------------	--	--	---	--------------------------	-----------	------------------	--	--	--------------------------	-----------	-----------------------	--	--------------------------	-----------	------------------	-----------------	---------------------------------	------------------

30- Anos	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anos	40- Data de Realização	41- Motivo da Clínica	42- Assinatura
1-0	0	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	8,00	0,00	5	12/11/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Fim 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 8,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia Co-participação R\$
-------------------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------	--

49- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante 12/10/2011 Cirurgião Dentista JULIA BORGES SILVA CRO SP 138356	50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011 Cirurgião Dentista JULIA BORGES SILVA CRO SP 138356	51- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/2011 LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/2011 LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	53- Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	---	--------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



360967
INTERCAMBIO

1 ^o Registro ANS 406414	3 ^o Data de Emissão da Guia 12/01/08	4 ^o Data de Autorização 12/11/08	5 ^o Sistema AUTORIZADO	6 ^o Número da Guia Principal 7806104	7 ^o Data Validade da Guia 11/01/11
---------------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--

8^o Número da Clínica

000202527607700000101

9^o Plano

POS REDE PRESTADORA

10^o Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11^o Data Validade da Clínica

11/11/11

12^o Número do Cartão Nacional da Saúde

--

13 ^o Nome ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS

02/05/1965

14^o Telefone

(116) 311113853

15^o Nome do titular do plano

ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16^o Atendimento a R/N

JULIA BORGES SILVA

22^o Nome do Contratado Executante

JULIA BORGES SILVA

18^o Número no CNO

138356

19^o UF

SP

20^o Código CBO S

--

25^o Código CNEIS

--

025 -
Faturar Empresa

21^o Código na Operadora / CNEJ / CPF

143958045863

23^o Número no CNO

138356

24^o UF

SP

28^o Código CBO S

--

26^o Nome do profissional Executante

JULIA BORGES SILVA

27^o Número no CNO

138356

28^o UF

SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43^o Data Prevista Término do Tratamento

44^o Tipo de Atendimento

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

45^o Tipo de Faturamento

1 - Total 2 - Parcial

46^o Total Quantidade US

174,00

47^o Valor Total R\$

0,00

48^o 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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^o Observações

50 ^o Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/08 Dra. Julia Borges Cirurgião Dentista	51 ^o Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/08 Dra. Julia Borges Cirurgião Dentista	52 ^o Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/08 Ana Flavia de Moraes Santos Responsável	53 ^o Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



359761
INTERCAMBIO

1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
11/09/2018

4- Data de Autorização
12/11/2018

5- Sistema
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7800348

7- Data Validade da Guia
11/12/2019

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira
000020125308384000010101

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validade da Carteira
11/12/2019

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
LOUISE AMPARO BANDEIRA DE CARVALHO

14- Telefone
(11) 11111111

15- Nome de titular de plano
LOUISE AMPARO BANDEIRA DE CARVALHO

16- Código CBO S
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento

17- Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

18- Nome do Profissional Escriturante
JULIA BORGES SILVA

19- Número no CRO
138356

20- UF
SP

21- Código na Operadora / CBO / CPF
4319151804518631

22- Nome do Consultado Responsável
JULIA BORGES SILVA

23- Número no CRO
138356

24- UF
SP

25- Código CBO S
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Ousa	42- Assinatura
1	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VM	1	8,80	0,00	0,00	15	25/10/2018	teste	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Fim do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Cirurgia Endodôncia

46- Tipo de Faturamento

47- Total 2 Parcela

48- Total Quantidade US

49- Valor Total R\$

50- Total Franquia / Co-participação R\$

Dados que após ter sido devidamente assinado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), justificam 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 Consultado Responsável

51- Data, local e Assinatura do Consultado Responsável

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

Cirurgiã Dentista: *Julia Borges*
CRO SP-138356

Cirurgiã Dentista: *Julia Borges*
CRO SP-138356

Cirurgiã Dentista: *Julia Borges*
CRO SP-138356

Cirurgiã Dentista: *Julia Borges*
CRO SP-138356

Cirurgiã Dentista: *Julia Borges*
CRO SP-138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



359744
INTERCAMBIO

1. Registro AINS 406414	3. Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4. Data de Autorização 21/08/2010	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7800277	7. Data Validade da Série 11/11/2011
----------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 010210253127961000010101	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
ANA PAULA CASTELANI

14. Telefone () - - - - -

15. Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI

16. Atualização e RN JULIA BORGES SILVA
--

17. Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21. Código na Operadora (CNO) / CPF 4391581045863
--

22. Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA

23. Número no CNO 138356

24. UF SP

25. Código CNES SP

26. Código CBO S SP

27. Número no CNO 138356

28. Nome do Profissional Executante
JULIA BORGES SILVA

29. Código CBO S SP

30. Faturar Empresa 025 -

31. Vencimento 138356

32. Faturar Empresa 025 -

33. Faturar Empresa 025 -

34. Faturar Empresa 025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

35. Tabela	36. Descrição	37. Quantidade	38. Valor	39. Valor	40. Data de Realização	41. Motivo da Gênes	42. Assinatura
1. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
2. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
3. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
4. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
5. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
6. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
7. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
8. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
9. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
10. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
11. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
12. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
13. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
14. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges
15. 010840011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	3,50	0,00	11/08/2010	11/08/2010	Julia Borges

43. Data Prevista Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Faturamento	46. Total Quantidade US	47. Valor Total R\$	48. Total Faturar (Co-participação) R\$
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 da 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2010 Cirurgião-Dentista	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2010 Cirurgião-Dentista	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010 Ana Paula Castelani	53. Data, local e Caimento da Empresa
---	---	--	---------------------------------------

CRO-SP: 138356

CRO-SP: 138356



Empresário para VOLT 1007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



359403
INTERCAMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4º Data de Anulação 21/10/2012	5º Série AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 7798914	7º Data Validade da Série 11/01/11/2012
---------------------------	--	-----------------------------------	------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8º Número da Carteira 01012102153127196101010101101016	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12º Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	--	--

13º Nome ANELISE CASTELANI ARANHA	14º Telefone (11) 11111111	15º Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
--------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado / Procedimentos Solicitados

16º Atendimento a RV N	17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18º Número no CNO 138356	19º UF SP	20º Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
---------------------------	--	-----------------------------	--------------	---

21º Código na Operadora (CBOJ / CBO) 4139158104151863	22º Nome do Contratado Exequente JULIA BORGES SILVA	23º Número no CNO 138356	24º UF SP	25º Código CNEB	26º Nome do Profissional Exequente JULIA BORGES SILVA	27º Número no CNO 138356	28º UF SP	29º Código CBO S
--	--	-----------------------------	--------------	-----------------	--	-----------------------------	--------------	------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Freq	35. Cid	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Cota	42. Assinatura
1.	0101851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,110,00	0,010,00	112511018112011				Julia Borges
2.	0101851101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,810,00	0,010,00	112511018112011				Julia Borges
3.	010184101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,510,00	0,010,00	112511018112011				Julia Borges
4.	010184101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,510,00	0,010,00	112511018112011				Julia Borges
5.	010184101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,510,00	0,010,00	112511018112011				Julia Borges
6.	010184101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,510,00	0,010,00	112511018112011				Julia Borges
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43. Data Previsto Término do Tratamento 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 2189,00	47. Valor Total R\$ 10,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$ 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), (for/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação

50. Data, local e Assinatura do Contratado / Beneficiário 12/01/2012 Cira S. Dentista	51. Data, local e Assinatura do Contratado / Beneficiário 12/01/2012 Cira S. Dentista	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012 Ana Paula Castelani	53. Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Julia Borges
Cira S. Dentista
CNO SP: 138356

Julia Borges
Cira S. Dentista
CNO SP: 138356

2-N^o

INIEKCAWIDIO

Values by the Numbers

13-NORMEDados do Conselho de Responsabilidade pelo Tratamento

14, 13, 19, 15, 18, 10, 14, 11

ALL'IA BOBCEE SUIVA

30-Taboas 31-Código do Procedimento

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

1

0.1	1	1	1	1	1	1
-----	---	---	---	---	---	---

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

1981

Declaro ainda que o(a) re-

1

CRO SP/48359



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



356321
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7785161	7-Data Validade da Série 11/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Benefício

8-Data de Benefício 01/02/2013	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
JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

05/10/1985

14-Telefone
() - - - - -
15-Nome do titular do plano
JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

16-Autorização a PN
N

18-Número no CNO
138356

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CNP)
143958045863

23-Número no CNO
138356

24-UF
SP

25-Código CNES
(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Encarregado
JULIA BORGES SILVA

27-Número no CNO
138356

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Morfo da Guia	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					Jacqueline
2-0	081000421	RX PERIAPICAL		1	1	14,00	0,00					Jacqueline
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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

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

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cliente 20/10/2012 Juliana Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 20/10/2012 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2012 Jacqueline	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

2-N⁵

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

07-10007

Boeing do Comércio

5. *Protein synthesis*

1

1

2011

THE

•

20			
----	--	--	--

11961-1962

Dodgers are not safe

1

1

三



346268

CRC-SP-138356

Dra. Julia Borges
Chirurgia Dentista

14/08/2019

Cirurgiã Dentista
CRO-SP: 138356

62-Dota, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

[Assinatura]

Dra. Jânia Borges

63-Data, social e Cambio da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



355379
INTERCAMBIO

1- Registro ABO 400414	3- Data de Emissão da Guia 12/10/08 12:01	4- Data de Autorização 13/10/08 12:01	5- Sembr AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7780980	7- Data Validação da Guia 10/11/11 12:01
---------------------------	--	--	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8- Nome da Criança 002020253127960000001001021	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

NAHIAN KAROLINE CASTELANI	15/03/1995	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
---------------------------	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16- Assinamento a TM N	17- Nome do Profissional Funcionário JULIA BORGES SILVA	18- Número no CNO 138356	19- UF SP	20- Código CBO 3 025 -
---------------------------	--	-----------------------------	--------------	---------------------------

21- Código na Operadora / CBO / CFE

4319580458631	22- Nome do Contratado Funcionário JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CBO 3 025 -
---------------	--	-----------------------------	--------------	---------------------------

26- Nome do Profissional Funcionário

JULIA BORGES SILVA	27- Número no CNO 138356	28- UF SP	29- Código CBO 3 (1) 81000421- (1) 81000421-
--------------------	-----------------------------	--------------	--

Prévio de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- CBO	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37	1	73,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
2	000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	73,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
3	000	81000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
4	000	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
5	000	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
6	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
7	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
8	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
9	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
10	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
11	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
12	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
13	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
14	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater
15	000	81000421			1	14,00	10,00	10,00	1	12/10/08	18/02/11	Rebater

43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Assinamento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
12/10/08	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consultoria 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcela	18,00	0,00	0,00

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo 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, a ser(em) 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

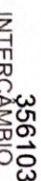
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Beneficiário 12/10/08 21/2001	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 12/10/08 21/2001	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/08 21/2001	53- Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/08 21/2001
---	--	--	---

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO-SP-138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO-SP-138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO-SP-138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO-SP-138356

Dados do Beneficiário13. None

Dados do Controle do Placemodulável pelo Tratamento

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

CO-OWNERS OR PROFESSIONAL EXECUTIVES

30- Tabela 31- Código do Procedimento

7	0	0	1	9	0
2	0	0	0	0	2

6-1111111111

8-11111111

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

[illegible]

--

[illegible]referentes ao tratamento realizado.

100



7781041

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1- Paciente: ANS 408414	3- Data de Emissão da Guia 12/10/2015	4- Data de Autorização 14/10/2015	5- Sembr AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7781041	7- Data Validade da Sembr 10/11/2015
----------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	---

355411
INTERCAMBIO

8- Número da Carteira
0002021531127916000000101017

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 GIANNE CASTELANI	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
------------------------------	-------------------------------	---

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

21- Código no Operadora / CBO / CPF 439580455863	22- Nome do Contratado Excluído JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CBOES Faturar Empresa
---	---	-----------------------------	--------------	-------------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1	000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11/10/2015
2	000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11/10/2015
3	000											
4	000											
5	000											
6	000											
7	000											
8	000											
9	000											
10	000											
11	000											
12	000											
13	000											
14	000											
15	000											

43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1146,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	------------------------------------	-----------------------------	--

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

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2015 Dra. Julia Borges	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2015 Dra. Julia Borges	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2015 Ana Paula Castelani	53- Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

CRO SP 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



355404
INTERCAMBIO

1-Registro AAS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7761011	7-Data Vencida da Guia 10/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020215312796000000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANEISE CASTELANI ARANHA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
------------------------------------	------------------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
--	--	----------------------------	-------------	---

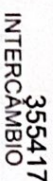
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Medico da Gesso	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,100	0,00	0,00	11/11/2012	Silvia Borges	Silvia Borges
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0V	1	8,800	0,00	0,00	11/11/2012	Silvia Borges	Silvia Borges
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Estética	45-Tipo de Fraturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,900	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 12/10/2012 D ^{ra} Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 11/11/2012 D ^{ra} Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012 Ana Paula Castelani Ana Paula Castelani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

2-M

355417
INTERCAMBIO

100

1000

10

41- Motivo da Giosa 42-Assin

Mr. A

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

—

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]

que assina esse documento,

--	--

1880

100

2-N⁺

356307
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 4060414	3-Dia de emissão da Guia 11/3//018//210	14-Dia de Autorização 11/4//018//210	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7785137	7-Dia Validar de Série 11/1//111//210
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012012152171164110101010101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validar da Carteira 11/1//111//	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JUNIOR DOS REIS LOPES					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES					
16-Academismo a PN N					
17-Nome do Profissional Societário JULIA BORGES SILVA					
18-Número no CRO 138356					
19-UF SP					
20-Código CBO 8					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 413191518101415181311111					
22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA					
23-Número no CRO 138356					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA					
27-Número no CRO 138356					
28-UF SP					
29-Código CBO 8					
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218					
Título de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

INTERCAMBIO

356307

30-Valor	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dominó/Injeção	34-Peixe	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Caixa de Restauração	41-Medio da Dica	42-Atendimento
1-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV/P	1	1	2	1	0	0		
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
		RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	6	1	0	0			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Previstos Término do Tratamento
☐ 1-1 ☐ 1-1 ☐ 1-1

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Pagamento
☐ 1-Total 2-Parcela

46-Total Quantidade US
 1 8 3 0 0

47-Valor Total R\$
 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendo e concordo com o tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
18/10/81/210

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/10/81 2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Delta, local e Carimbo da Empresa

Dra. Játia Borges

~~Cirurgiã Dentista~~

Cirurgiā Dentis
CRO SP: 138356

CHO SP: 1.38356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



350068
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2010 18/12/10	4-Data de Autorização 11/12/10 18/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755762	7-Data Vencimento da Guia 10/11/11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/10 215298052100101015	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LEONORA FRANCA BASITTA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE LEOMAR BATISTA	16-Data de Nascimento 14/03/1958	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CNO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-----------------------------------	------------------------------	--	-------------------------------------	---	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14395804581613	22-Nome do Contratado Exatidão JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Exatidão JULIA BORGES SILVA	27-Número no CNO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S
---	--	----------------------------	-------------	----------------	--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Taxa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-10	01	84000741	16	1	1	49,10	0,00	0,00	1	10/03/2010	1	LEONORA
2-10	01	84000741	17	1	1	49,10	0,00	0,00	1	10/03/2010	1	LEONORA
3-10	01	84000741	26	1	1	49,10	0,00	0,00	1	10/03/2010	1	LEONORA
4-10	01	84000741	27	1	1	49,10	0,00	0,00	1	10/03/2010	1	LEONORA
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Vale Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1196,10		

50-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 11/10/2010 Ju. Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Contratado Exatidão 11/10/2010 Ju. Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2010 Ju. Jose Leomar Batista	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO SP-138356
--	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



350054
INTERCAMBIO

Seguindo para você

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/2/10 8/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755726	7-Data Validade da Série 10/1/11 11/2/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/9/8/0/5/2/0/0/0/0/1/0/2/2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PATRICIA VISCONDE FRANCA	30/12/1984	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE LEOMAR BATISTA
-------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 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 (CNO) / CPE 4/3/9/5/8/0/4/5/8/6/3/1/1	22-Nome do Contratado Encarregado JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
---	---	----------------------------	-------------	---

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0	0	8	5	1	1	0	2	0	0		
		RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	1	8	8	0	0		
2	1											
3	1											
4	1											
5	1											
6	1											
7	1											
8	1											
9	1											
10	1											
11	1											
12	1											
13	1											
14	1											
15	1											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 8 0 0	47-Vale Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	-----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 14/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã-Dentista	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/2012 Dra. Julia Borges Cirurgiã-Dentista
---	---	--	---

CNO SP - 138356

CNO SP - 138356

2-N⁺

INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

1000

41. *Modena da Clara*. 1736.

2011

20111125

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

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

U
U

48-Total Franquia / Co-partic

do que assim esse docum

100

100



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



353226
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4006414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/10/10 8/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7770913	7-Data Validade da Sessão 10/5/11 1/12/10
---------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/02 15/3/12 7/9/6/0/0/0/0/1/0/7	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GIANNE CASTELANI	12/06/2015	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI
-----------------------------	------------	------------------------------	--

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
21-Código na Operadora / CNEP / CPF 14319581045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0		0 0 0 0		31/11/2012		Lucia Pires
2- 0 0	8 1 0 0 0 0 1 4	CONDICIONAMENTO EM		1	1	7 0 0 0		0 0 0 0		31/11/2012		Lucia Pires
3- 0 0	8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7 2 0 0		0 0 0 0		31/11/2012		Lucia Pires
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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\$		
/ /		1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-urgência/emergência		1- Total 2-Parcial		1 7 6 0 0		0 0 0				

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado 11/10/10 8/12/10 Cirurgia Dentária CRO SP-438356	51-Data, local e Assinatura do Contratado 11/11/10 8/12/10 Cirurgia Dentária CRO SP-438356	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10 8/12/10 Ana Paula Castelani	53-Data, local e Cartão da Empresa
---	---	---	------------------------------------