



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



569285
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 408414	2- Data de Emissão da Guia 31/10/2011	3- Data de Autorização 07/10/2011	4- Autorizado AUTORIZADO	5- Seguro 14/09/1981	6- Número da Guia Principal 8646737	7- Data Validade da Guia 29/10/2011	
8- Nome da Clínica 0102025391146000010101				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 ELIANE APARECIDA MENDES				14- Nome da Empresa ELIANE APARECIDA MENDES			

15- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N	16- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	17- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CNO 138356	19- UF SP	20- Código CBO 5 025 -
21- Código na Operadora (CBO) - CBO 43958045863	22- Nome da Operadora Executante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CNES 01800041-RPD	26- Código CBO 8 01800041-RPD
27- Número no CNO 138356					

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1	010	81004211	RX PERIAPICAL	RPID	1	14	0,00	0,00			Silvia Aparecida Mendes	
2	010	81004220	NUCLEO METALICO FUNDIDO	44	1	29	9,00	0,00			Silvia Aparecida Mendes	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Fim do Tratamento	44- Tipo de Tratamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Outros 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 3130,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Faturado / Co-participação R\$			
49- Observação								
50- Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2011						51- Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2011	52- Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2011	53- Data e Assinatura da Empresa 31/10/2011

Dra. Julia Borges
CRO SP 138356

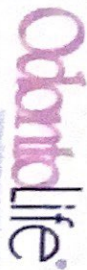
Dra. Julia Borges
CRO SP 138356



2.4.10

584612
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		2-Data de emissão da Guia 15/10/2011		3-Data de Autuação 15/10/2011		4-Sigla AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 8699115		6-Data Validação da Carteira 13/10/2011		7-Data Validação da Sanha 13/10/2011		584612 INTERCÂMBIO											
8-Número da Carteira 00020253746240000001011011														9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 15/10/2011		12-Número do Cartão Nacional da Saúde					
13-Nome APARECIDO DONIZETE DE SOUSA														14-Telefone () -		15-Nome de usar do plano APARECIDO DONIZETE DE SOUSA									
16-Endereço e RN JULIA BORGES SILVA														17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18-Número no CRO 138356		19-UF SP		20-Código CRO 8 025 -		21-Data de Realização Faturar Empresa			
22-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 4391581045863														23-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA		24-Número no CRO 138356		25-UF SP		26-Código CNEB 29-Código CRO 8 SP		27-Data de Realização Faturar Empresa			
28-Nome do Produtor/Prestador JULIA BORGES SILVA														29-Número no CRO 138356		30-UF SP		31-Código CRO 8 SP		32-Data de Realização Faturar Empresa		33-Data de Realização Faturar Empresa			
34-Data de Realização 05/05/1970														35-Data de Realização 05/05/1970		36-Data de Realização 05/05/1970		37-Data de Realização 05/05/1970		38-Data de Realização 05/05/1970		39-Data de Realização 05/05/1970		40-Data de Realização 05/05/1970	
39-Data de Realização 05/05/1970														40-Data de Realização 05/05/1970		41-Data de Realização 05/05/1970		42-Data de Realização 05/05/1970		43-Data de Realização 05/05/1970		44-Data de Realização 05/05/1970		45-Data de Realização 05/05/1970	
46-Data de Realização 05/05/1970														47-Data de Realização 05/05/1970		48-Data de Realização 05/05/1970		49-Data de Realização 05/05/1970		50-Data de Realização 05/05/1970		51-Data de Realização 05/05/1970		52-Data de Realização 05/05/1970	
53-Data de Realização 05/05/1970														54-Data de Realização 05/05/1970		55-Data de Realização 05/05/1970		56-Data de Realização 05/05/1970		57-Data de Realização 05/05/1970		58-Data de Realização 05/05/1970		59-Data de Realização 05/05/1970	
60-Data de Realização 05/05/1970														61-Data de Realização 05/05/1970		62-Data de Realização 05/05/1970		63-Data de Realização 05/05/1970		64-Data de Realização 05/05/1970		65-Data de Realização 05/05/1970		66-Data de Realização 05/05/1970	
67-Data de Realização 05/05/1970														68-Data de Realização 05/05/1970		69-Data de Realização 05/05/1970		70-Data de Realização 05/05/1970		71-Data de Realização 05/05/1970		72-Data de Realização 05/05/1970		73-Data de Realização 05/05/1970	
74-Data de Realização 05/05/1970														75-Data de Realização 05/05/1970		76-Data de Realização 05/05/1970		77-Data de Realização 05/05/1970		78-Data de Realização 05/05/1970		79-Data de Realização 05/05/1970		80-Data de Realização 05/05/1970	
81-Data de Realização 05/05/1970														82-Data de Realização 05/05/1970		83-Data de Realização 05/05/1970		84-Data de Realização 05/05/1970		85-Data de Realização 05/05/1970		86-Data de Realização 05/05/1970		87-Data de Realização 05/05/1970	
88-Data de Realização 05/05/1970														89-Data de Realização 05/05/1970		90-Data de Realização 05/05/1970		91-Data de Realização 05/05/1970		92-Data de Realização 05/05/1970		93-Data de Realização 05/05/1970		94-Data de Realização 05/05/1970	
95-Data de Realização 05/05/1970														96-Data de Realização 05/05/1970		97-Data de Realização 05/05/1970		98-Data de Realização 05/05/1970		99-Data de Realização 05/05/1970		100-Data de Realização 05/05/1970		101-Data de Realização 05/05/1970	
102-Data de Realização 05/05/1970														103-Data de Realização 05/05/1970		104-Data de Realização 05/05/1970		105-Data de Realização 05/05/1970		106-Data de Realização 05/05/1970		107-Data de Realização 05/05/1970		108-Data de Realização 05/05/1970	
109-Data de Realização 05/05/1970														110-Data de Realização 05/05/1970		111-Data de Realização 05/05/1970		112-Data de Realização 05/05/1970		113-Data de Realização 05/05/1970		114-Data de Realização 05/05/1970		115-Data de Realização 05/05/1970	
116-Data de Realização 05/05/1970														117-Data de Realização 05/05/1970		118-Data de Realização 05/05/1970		119-Data de Realização 05/05/1970		120-Data de Realização 05/05/1970		121-Data de Realização 05/05/1970		122-Data de Realização 05/05/1970	
123-Data de Realização 05/05/1970														124-Data de Realização 05/05/1970		125-Data de Realização 05/05/1970		126-Data de Realização 05/05/1970		127-Data de Realização 05/05/1970		128-Data de Realização 05/05/1970		129-Data de Realização 05/05/1970	
130-Data de Realização 05/05/1970														131-Data de Realização 05/05/1970		132-Data de Realização 05/05/1970		133-Data de Realização 05/05/1970		134-Data de Realização 05/05/1970		135-Data de Realização 05/05/1970		136-Data de Realização 05/05/1970	
137-Data de Realização 05/05/1970														138-Data de Realização 05/05/1970		139-Data de Realização 05/05/1970		140-Data de Realização 05/05/1970		141-Data de Realização 05/05/1970		142-Data de Realização 05/05/1970		143-Data de Realização 05/05/1970	
144-Data de Realização 05/05/1970														145-Data de Realização 05/05/1970		146-Data de Realização 05/05/1970									



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-V



577984
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 400414	3- Data de Emissão da Guia 08/06/2011	4- Data de Autorização 11/06/2011	5- Gerente AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8677213	7- Data Validade da Guia 06/09/2011
8- Número da Carteira 010210253803791010101011011	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 ALEXANDRE HENRIQUE DE ANDRADE ALVES	08/01/1977	14- Teste ()	15- Nome do Solar do plano ALEXANDRE HENRIQUE DE ANDRADE ALVES		
16- Atendimento a RIN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CNO 138356	19- UF SP	20- Código CBO B 025 -	
21- Código na Carteira / CNU / CPE 1439518045863	22- Nome do Consultório Especialista JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CNEB Enviar - RX (0) 8100421-RPIE	
26- Nome do Profissional Especialista JULIA BORGES SILVA	27- Número no CNO 138356	28- UF SP	29- Código CBO B		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Free	35- Qtd
					36- Quantidade US
					37- Valor
					38- Franquia/Co-participação R\$
					39- Aut
					40- Data de Realização
					41- Médico da Clínica
					42- Assinatura
1	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	11
2	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	11
3	0101811001421	RX PERIAPICAL	RPIE		14
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					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/09/10 6/12/11	4- Data de Autorização 14/10/10 6/12/11	5- Serviço AUTORIZADO	6- Telefone 8679273	7- Data Válida na Guia 10/12/10 9/12/11
---------------------------	--	--	--------------------------	------------------------	--

8- Número da Carteira 10/02/02 5/3/74 7/15/00 00 01 01	9- Nome THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Válida da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------------------	---	--

13- Nome THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA	14- Data de Autorização 07/05/1998	15- Nome do titular do plano THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA
---	---------------------------------------	---

16- Atendimento a RIN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- UF SP	19- UF SP	20- Código CBO 5 025 -
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 14/3/9/5/8/0/4/5/8/6/3	22- Nome do Contratante Exatante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CNE/S Faturar Empresa
26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27- Número no CNO 138356	28- UF SP	29- Código CNO S	

30- Total	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq.	35- Cód.	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchising/Co-participação R\$	39- Anu.	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	11	61,00	0,00	0,00	0,00	5/10/12	Thayla
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	11	61,00	0,00	0,00	0,00	5/10/12	Thayla
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 122,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franchising / Co-participação R\$
---	--	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s) foi(s) 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- Assinatura e Assinatura do Conselho Odontológico JULIA BORGES SILVA	51- Assinatura e Assinatura do Conselho Odontológico JULIA BORGES SILVA	52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012 Thayla	53- Data local e Assinatura da Empresa
----------------	--	--	--	--



1. Legado NAL 406414	3. Data de Entrada no Usim 08/10/2011	4. Data de Autopromoção 14/10/2011	5. Status AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8677184	7. Data Validade da Simula 06/10/2011
-------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------	--	--

577972
INTERCÂMBIO

8-Plano de Contas 0 0 2 0 2 5 3 8 4 2 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Validados da Contabilidade ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
---	---	---	---	--

[illegible]

N		JULIA BORGES SILVA		22 - Código na Operação: CHA 2 - C/P	
18 - Número no CBO		138356		22 - Nome do Contribuinte: Encargado	
19 - UF		SP		23 - Município: 420	
20 - Código CBO: 3				24 - Cidade: CHA 2	
025 -		Faturar Empresa			

28-Agosto do Profissional Escalante												
JULIA BORGES SIL VA												
4	3	9	0	0	4	3	0	0	3			
JULIA BORGES SILVA												
138356												
SP												
177 Nome na CNO												
18-JF												
29-Código CBO 5												

[illegible][illegible]

Handwriting practice lines for the letter 'l'. The image shows four rows of lines, each with a number in the top left corner (3, 4, 5, 6). Each row contains a series of 'l' characters written in a cursive style, demonstrating different variations and positions within the lines.

Handwriting practice lines for the letter 's'. The page contains three rows of lines. Each row starts with a large 's' followed by a series of smaller 's' characters for tracing. The first row is labeled '5' at the top left, the second row is labeled '6', and the third row is labeled '7'.

[illegible]

10

[illegible]

43 - Tipo de Atendimento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quântico US	47 - Valor Total R\$	48 - Total Fiquinha - Co-participação R\$
--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------	---

[illegible]

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a agir com os custos conforme previsto em contrato

[illegible]

Dr. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP. 13836

Dra. Julia Barreira
Cirurgia Dentária
CRO SP 13837

Atividade local e Caramelo na Empresa

577714
INTERCÂMBIO[illegible]



2-N

575479
INTERCÂMBIOELIANE APARECIDA MENDES

aturar Empresa

Enviar - RX

(1) B5100218

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

41 - Molho da Gossa 42 - Assinatura

48-1 **Call Training / Co-participação**

o que assina esse documento, os valores

49-Observevachko

Dr. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP 128359

Dr. Julia B. ...
Circled in purple ink.

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/08/2016 12:11 *[Assinatura]* *[Assinatura]*

53-Data local e Cambio da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



569468
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	Nome do Estado da Guia 3111051211	Data de Autorização 10/7/06 1211	Série AUTORIZADO	Receita 8649339	Receita da Guia Principal 8649339	Data Validade da Guia 12/9/08 1211
------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------	--------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Nome da Empresa DANIELA DE SOUZA BORGES	Nome do Estado da Guia 3111051211	Data de Autorização 10/7/06 1211	Série AUTORIZADO	Receita 8649339	Receita da Guia Principal 8649339	Data Validade da Guia 12/9/08 1211
--	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------	--------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Nome do Paciente DANIELA DE SOUZA BORGES	Nome do Estado da Guia 3111051211	Data de Autorização 10/7/06 1211	Série AUTORIZADO	Receita 8649339	Receita da Guia Principal 8649339	Data Validade da Guia 12/9/08 1211
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------	--------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

30-1. Indica	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- For	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Número da Guia	42- Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,0	0,0	1	1	1	1
2-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
3-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
4-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
5-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
6-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
7-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
8-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
9-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
10-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
11-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
12-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
13-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
14-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1
15-0	0	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	1	1	1	1

43- Data Prescrição	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Atendimento	46- Total Quantidades US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia/Co-participação R\$
10/07/06	1	1	17,4	0,0	0,0

Declaram, 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. Declaram, 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- Observações

50- Data local e Assinatura do Consultor-Dentista Sediante
10/07/06
Julia Borges Silva

51- Data local e Assinatura do Consultor-Dentista
10/07/06
Julia Borges Silva

52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/07/06
Daniel de Souza Borges

53- Data local e Carimbo da Empresa
10/07/06
CRO SP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nr

561188
INTERCÂMBIO

1) Registro ANS 400414		3) Data de emissão da Guia 23/10/2011		4) Data de Anulação 24/10/2011		5) Status AUTORIZADO		6) Número da Guia Principal 8620565		7) Data Validade da Guia 21/08/2011	
8) Nome THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA		9) Plano POS REDE PRESTADORA		10) Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11) Data Validade da Carteira 11/11/11		12) Número da Cartão Nacional de Saúde		561188 INTERCÂMBIO	
13) Nome THAYLA HELOISA SUAVE DE SOUZA 14) Data de Nascimento 07/05/1998 15) Data de Emissão 07/05/1998 16) Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA 17) Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA 18) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 19) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 20) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 21) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 22) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 23) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 24) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 25) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 26) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 27) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 28) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 29) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 30) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 31) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 32) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 33) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 34) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 35) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 36) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 37) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 38) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 39) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 40) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 41) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 42) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 43) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 44) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 45) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 46) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 47) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 48) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 49) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 50) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 51) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 52) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 53) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 54) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 55) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 56) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 57) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 58) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 59) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 60) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 61) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 62) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 63) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 64) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 65) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 66) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 67) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 68) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 69) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 70) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 71) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 72) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 73) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 74) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 75) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 76) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 77) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 78) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 79) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 80) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 81) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 82) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 83) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 84) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 85) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 86) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 87) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 88) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 89) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 90) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 91) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 92) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 93) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 94) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 95) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 96) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 97) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 98) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 99) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA 100) Nome da Empresa JULIA BORGES SILVA											

568541
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de 12/9/05	4- Data de Autorização 07/10/12	5- Sistema AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8646375	7- Data Validada da Sistema 12/7/08
8- Número da Carteira 0020253745360000103			9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validada da Carteira 11/11/07
13- Nome ANTONIO HENRIQUE LEMOS REIS			14- Telefone () -	15- Nome do titular no plano GIANNI CARLA LEMOS PINTO	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16- Atendimento a RM N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CNO 138356	19- UF SP	20- Código CNO S	025 - Faturar Empresa
21- Código na Operadora / CNPJ / CPH 43958045863	22- Nome da Contratada Encarregada JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CNO S	
26- Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA	27- Número no CNO 138356	28- UF SP	29- Código CNO S		
Tipo de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

568541
INTERCÂMBIO

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alienações do tratamento conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), fulcram 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-Obavestio

50-Data, local e Assinatura do Crispido-Dentista Solicitante
10/02/10 06/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Crispido-Dentista
10/02/10 06/11/2011

52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carambo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



575464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	2-Dados da Emissão da Guia 10/7/06 11:21	3-Dados da Atualização 10/7/06 11:21	4-Sineta AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8668242	6-Dados da Validade da Sineta 10/5/09 11:21
7-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025380379000010101					
9-Nome ALEXANDRE HENRIQUE DE ANDRADE ALVES					
10-Endereço POS REDE PRESTADORA					
11-Data de Validade da Carteira 05/01/1977					
12-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento ALEXANDRE HENRIQUE DE ANDRADE ALVES					
13-Atendimento a RPA N					
14-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
15-Código da Operação (CNPJ / CPF) 43958045863					
16-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA					
17-Atendimento ao CBO 138356					
18-Número no CBO 138356					
19-Código CBO S 025					
20-Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100218 (1) 85100218					
21-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1. Análise	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade	34-Fração	35-COD
1	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMI	1
2	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMI	1
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Atividade					
40-Data de Realização					
41-Moeda da Guia 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Taxa Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Taxa Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observações					
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/06					
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/06					
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/06					
53-Data local e Cemitio da Empresa					

2-N⁺[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



551996
INTERCAMBIO

1. Registro ASB 406814	3. Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4. Data de Autorização 11/05/2011	5. Setor AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8589458	7. Data Validade da Guia 11/08/2011
8. Nome do Beneficiário GIANNI CARLA LEMOS PINTO		9. Plano POS REDE PRESTADORA		10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/08/2011
13. Nome GIANNI CARLA LEMOS PINTO		17. Data de Tratamento / Procedimento Odontológico 17/06/1976		15. Nome do titular do plano GIANNI CARLA LEMOS PINTO	
16. Atendimento a RN N		17. Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA		18. Número no CNO 138356	
21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 4319151804518613		22. Nome do Contratado Específico JULIA BORGES SILVA		23. Número no CNO 138356	
26. Nome do Profissional Específico JULIA BORGES SILVA		27. Número no CNO 138356		28. UF SP	
30. Tabela 31. Código do Procedimento 1. 00185401021210 2. 0018101004211 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.		32. Descrição NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO RX PERIAPICAL RCS		33. Dente/Região 23	
34. Fato 35. Qtd 36. Quantidade US 37. Valor 38. Franquia/Co-participação R\$ 39. Ali 40. Data de Realização 41. Motivo da Guia 42. Assinatura		39. Ali 40. Data de Realização 41. Motivo da Guia 42. Assinatura		43. Assinatura	
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 313,00	
47. Valor Total R\$ 10,00		48. Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00		49. Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00	
Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, ônus, 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. Devidos, 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.					
49. Observação					
50. Data, local e Assinatura do Conselho Diretivo / Beneficiário 01/06/2011 51. Data, local e Assinatura do Conselho Diretivo / Responsável 01/06/2011 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/2011 53. Data, local e Assinatura da Empresa 01/06/2011					

2-N^o

1^o Data: local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	2^o Data: local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012
---	---



2-N-

568543
INTERCÂMBIO

epi

1000

4. *Method of Choice* 43-44

21/11/2020

0

—

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

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]

...e alocar com os custos pre-

--

1000



1. Registro ANS 406414	5. Data de Emissão da Guia 12/5/05 11:21	4. Data de Autorização 12/6/05 11:21	6. Sembr AUTORIZADO	8. Número da Guia Principal 86627257	7. Data Validade da Sembr 12/3/08 11:21
---------------------------	---	---	------------------------	---	--

10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Dia Validade da Carteira ____/____/____
12-Número do Cartão Nacional de Identificação 0 0 2 0 2 5 3 7 9 6 0 3 0 0 0 0 1 0 1	13-Fluio POS REDE PRESTADORA

[illegible]

025 -	207-Código CAD S	18-UF	18-Número no CAD	17-Nome do Profissional Solicitante	16-Atendimento a RH
		SP	138356	JULIA BORGES SILVA	N

[illegible]

Associação Brasileira de Propriedade Intelectual Associação Brasileira de Advogados de Propriedade Intelectual	Julia Borges Silva Julia Borges	Advogada Advogada	CPF CPF	RG RG	Endereço Endereço	Telefone Telefone	E-mail E-mail

300 - Tabula	31 - Código de Precatamento	32 - Descrição	33 - Data Registro	34 - Ano	35 - Cód	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Frequência Participação R\$	39 - Anl	40 - Data de
110000851100020001		RESTAURAÇÃO RESINA								

[illegible]

3

4

5.

[illegible]

0

0

This image shows a blank sheet of music manuscript paper. It features two horizontal staves, each consisting of five lines. The top staff is labeled with the number "10" at its left end, and the bottom staff is labeled with the number "11". Both staves are completely empty, with no musical notes or markings other than the staff lines themselves.

$\frac{1}{2}$

[illegible][illegible][illegible]

49. Observação

51-Dados locais e Assinatura do Conselho Diretoria	52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados locais e Canto do Imposto
--	--	------------------------------------

24/05/21	24/05/21	24/05/21	24/05/21
----------	----------	----------	----------

 CIBC
 CIBC



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



553552
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 400414		3-Data de Emissão da Guia 11/7/05		4-Data de Autenticação 21/6/05		5-Sistema AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8594286		7-Data validade da Guia 11/5/08	
8-Atividade de Contabilidade 00022025376134000000101		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 EDUARDA AMELIA ROSA DA SILVA		14-Data do Tratamento 14/02/2000		15-Nome do titular do plano EDUARDA AMELIA ROSA DA SILVA							
16-Atendimento a BN N		17-Nome do Prestador Solidário JULIA BORGES SILVA		18-Número no CNO 138356		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200	
21-Código de Operadora / CNO / CPE 431958045863		22-Nome do Contratado Especialista JULIA BORGES SILVA		23-Número no CNO 138356		24-UF SP		25-Código CNES (0) 85100200			
26-Nome do Prestador Especialista JULIA BORGES SILVA		27-Número no CBO 138356		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica 42-Assinatura
1-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,80	0,00	0,00		11/05/05	Eduarda
2-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6,10	0,00	0,00		11/05/05	Eduarda
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 Fim do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Tratamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
Declaro que após ler 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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 10/4/05 11/05/05											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/4/05 11/05/05											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/05 11/05/05											
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/05/05											

562979
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de SaúdeINDEXESar - RX02:18
02:184.1. Motivo da Classe 4.2. Assinatura

1. Definition
 2. Importance
 3. Types
 4. Characteristics
 5. Causes
 6. Effects
 7. Prevention
 8. Conclusion

48- Total Franquia / Co-participação R\$

istente e arcar com os custos previstos em
que assina esse documento, os valores

10

111

Dra. Julia Borjas

50 Data local e Assessoria de Biodiversidade / Revisado

53-Data, local e Carambo da Empresa



3-Dados de Emissão da Carta	4-Dados de Autorização	5-Será	6-Número da Carta Principal	7-Dados Válidos da Serpita
12/5/05 // 21	12/6/05 // 21	AUTORIZADO	8627089	12/3/08 // 21

9) Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 8 1 1 0 2 0 0 0 0 1 0 1
10) Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11) Data Validade da Carteira	
12) Número do Cartão N°	

13-Nome	KATIA MARIA RAMOS
29/01/1988	
14-Relação	() _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
15-Nome do titular do plano	KATIA MARIA RAMOS

16-Atendimento a RH	17-Nome do Profissional Solicitante	18-UF	19-Código CBO 5
N	JULIA BORGES SILVA	SP	025 -

27-Código na Orientadora (CNU) CPF	22-Nome do Contratado Enunciativo	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CHES	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 851002200
14319158104158163	JULIA BORGES SILVA	138356	SP		
28-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CNU 9		
JULIA BORGES SILVA	138356	SP			

[illegible][illegible]

Autoreizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores contratuais, desde que o(s) profissional(es) descrito(s) acima e por mim assinado(s) tenham realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória o(s) procedimento(s) descrito(s) e/ou o tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato referente ao tratamento realizado.

[illegible]

30-Dia, local e Assentamento do Cerrigão-Dentista	27/10/11	Julia D...
51-Dia, local e Assentamento do Cerrigão-Dentista	27/10/11	Julia D...
52-Dia, local e Assentamento do Beneficentio, Responsavel	27/10/11	Kátia
53-Dia, local e Cerrimo da Empresa	11/11/11	

Dr. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP

Dr. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP



Reservado para uso exclusivo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



561191
INTERCAMBIO

1- Registro ANS
406614

2- Data de Emissão da Guia
21/05/2011

3- Data de Autorização
21/05/2011

4- Sentença
AUTORIZADO

5- Número da Guia Principal
8620568

6- Data Validade da Sentença
21/08/2011

7- Data Validade da Guia
21/08/2011

8- Número da Carteira
0101201251317415131610101011013

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validade da Carteira
21/08/2011

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
ANTONIO HENRIQUE LEMOS REIS

14- Telefone
(11) 11111111

15- Nome do titular do plano
GIANNI CARLA LEMOS PINTO

16- Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

17- Nome do Profissional Solicitante
N

18- Número no CNP
138356

19- UF
SP

20- Código CBO 8

21- Código CBO 8

22- Código CBO 8

23- Código CBO 8

24- Código CBO 8

25- Código CBO 8

26- Código CBO 8

27- Código CBO 8

28- Código CBO 8

29- Código CBO 8

30- Código CBO 8

31- Código CBO 8

32- Código CBO 8

33- Código CBO 8

34- Código CBO 8

35- Código CBO 8

36- Código CBO 8

37- Código CBO 8

38- Código CBO 8

39- Código CBO 8

40- Código CBO 8

41- Código CBO 8

42- Código CBO 8

43- Código CBO 8

44- Código CBO 8

45- Código CBO 8

46- Código CBO 8

47- Código CBO 8

48- Código CBO 8

49- Código CBO 8

50- Código CBO 8

51- Código CBO 8

52- Código CBO 8

53- Código CBO 8

54- Código CBO 8

55- Código CBO 8

56- Código CBO 8

57- Código CBO 8

58- Código CBO 8

59- Código CBO 8

60- Código CBO 8

61- Código CBO 8

62- Código CBO 8

63- Código CBO 8

64- Código CBO 8

65- Código CBO 8

66- Código CBO 8

67- Código CBO 8

68- Código CBO 8

69- Código CBO 8

70- Código CBO 8

71- Código CBO 8

72- Código CBO 8

73- Código CBO 8

74- Código CBO 8

75- Código CBO 8

76- Código CBO 8

77- Código CBO 8

78- Código CBO 8

79- Código CBO 8

80- Código CBO 8

81- Código CBO 8

82- Código CBO 8

83- Código CBO 8

84- Código CBO 8

85- Código CBO 8

86- Código CBO 8

87- Código CBO 8

16- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
Julia Borges

17- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/05/2011, Curitiba, PR

18- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/05/2011, Curitiba, PR

19- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/05/2011, Curitiba, PR

20- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/05/2011, Curitiba, PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



555798
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/08/2015	4- Data de Autorização 11/09/2015	5- Sanha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8602675	7- Data Validade da Sanha 11/06/2018
---------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	---

8- Número da Carteira 010120253811102101010101010101	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 KATIA MARIA RAMOS	14- Telefone 29/01/988	15- Nome do titular do plano KATIA MARIA RAMOS
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
16- Nome do Profissional Solicitante N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CRO 136356
19- Código na Operadora / CNU / CPF 1439518045863	20- Nome do Contratado Específico JULIA BORGES SILVA	21- Número no CRO 136356
22- Nome do Profissional Específico JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 136356	24- UF SP
25- Código CBO 8	26- Código CBO 8	27- Código CBO 8
Faturar Empresa		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchisa/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchisa/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1- 010181010010301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
2- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
3- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
4- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
5- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
6- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
7- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
8- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
9- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
10- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
11- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
12- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
13- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
14- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
15- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
16- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
17- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
18- 0101810100101918		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	15,00	0,00	512,00	10/12/11		Katia	
43- Data Prevista Término do Tratamento		44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Tratamento		46- Total Quantidade US		47- Valor Total R\$		48- Total Franchisa / Co-participação R\$			
		1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial		1174,00		10,00					
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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- Observações												
60- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2015 Dr. Katia												
61- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2015 Dr. Katia												
62- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2015 Katia												
63- Data, local e Cópia da Empresa 11/08/2015												

2-N⁺

Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento
 Rua... 1.835/50
 Curitiba - PR
 81-000-0000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N

[illegible]

00-Ítens	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0		
2-0	0	CONDICIONAMENTO EM			1	17,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
3-0	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0		
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 Quantidade 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante Estomatológico			☐ 1-Dat 2-Parcel		☐ 1 17,6 0,0		☐ 0,0 0,0			

Declaro que após ter sido devidamente asseverado sobre os propósitos, ônus, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(a) 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-Operação

50-Data local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante	51-Data local e Assinatura do Conselho-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Profissional	53-Data local e Caimento da Empresa
25/10/2011	25/10/2011	25/10/2011	

Dr. *Juliana Boi*
CRO SP: 138330

Dr. *Juliana Boi*
CRO SP: 138330

Dr. *Juliana Boi*
CRO SP: 138330

Helena Paulo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



561184
INTERCÂMBIO

1-Região: ABIS		3-Dia de Emissão da Guia		4-Dia de Autorização		5-Será		6-Número da Guia Principal		7-Dia Vencível da Guia	
408414		12/3/05/21		12/4/05/21		AUTORIZADO		8620561		12/1/08/21	
8-Nome da Clínica											
10-02102153804122000000101											
9-Paciente											
PETERSON DANIL O DA SILVA											
11-Dia Vencível da Clínica											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome											
PETERSON DANIL O DA SILVA											
14-Data de Nascimento											
22/09/1978											
15-Nome do Profissional Solicitante											
JULIA BORGES SILVA											
16-Endereço a RUA											
JULIA BORGES SILVA											
17-Código na Odenat / CNPJ / CPF											
18-Número no CBO											
19-UF											
20-Código CBO S											
21-Código CNES											
22-Código CBO S											
23-Número no CRO											
24-UF											
25-Código CBO S											
26-UF											
27-Número no CRO											
28-UF											
29-Código CBO S											
30-UF											
31-Código de Procedimento											
32-Descrição											
33-Dente/Região											
34-4-60											
35-Clas											
36-Quantidade US											
37-Vol											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Ativ											
40-Dia de Realização											
41-Motivo da Guia											
42-Autorização											
43-Dia Previsto do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Taxa Quilograma US											
47-Valor Total R\$											
48-Taxa Franquia / Co-participação R\$											
49-Observação											
50-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante											
51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista											
52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
53-Dia local e Carimbo da Empresa											