



2-Nº

416115 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Serinha 08/10/2012		6-Número da Guia Principal 8040737		5-Senha AUTORIZADO		4-Data de Autorização 11/11/11		3-Data de Emissão da Guia 11/10/11		2-Data de Autorização 11/11/11		1-Data de Emissão da Guia 11/10/11																											
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA														11-Data Validade da Carteira 11/11/11														12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Telefone (11) 11111111														14-Telefone (11) 11111111														15-Nome do titular do plano VANESSA RODRIGUES													
16-Número no CRO 118268														17-UF SP														18-Código CBO S 025 - Faturar Empresa													
19-Número no CRO 118268														20-UF SP														21-Código CBO S													
22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA														23-Número no CRO 118268														24-UF SP													
25-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA														26-Número no CRO 118268														27-UF SP													
28-Data de Realização 16/11/1985														29-Quantidade US 1														30-Valor 34,00													
31-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA														32-Quantidade US 1														33-Valor 34,00													
34-Data de Realização 16/11/1985														35-Quantidade US 1														36-Valor 34,00													
35-Data de Realização 16/11/1985														36-Quantidade US 1														37-Valor 34,00													
36-Data de Realização 16/11/1985														37-Quantidade US 1														38-Valor 34,00													
37-Data de Realização 16/11/1985														38-Quantidade US 1														39-Valor 34,00													
38-Data de Realização 16/11/1985														39-Quantidade US 1														40-Valor 34,00													
39-Data de Realização 16/11/1985														40-Quantidade US 1														41-Valor 34,00													
40-Data de Realização 16/11/1985														41-Quantidade US 1														42-Valor 34,00													
41-Data de Realização 16/11/1985														42-Quantidade US 1														43-Valor 34,00													
42-Data de Realização 16/11/1985														43-Quantidade US 1														44-Valor 34,00													
43-Data de Realização 16/11/1985														44-Quantidade US 1														45-Valor 34,00													
44-Data de Realização 16/11/1985														45-Quantidade US 1														46-Valor 34,00													
45-Data de Realização 16/11/1985														46-Quantidade US 1														47-Valor 34,00													
46-Data de Realização 16/11/1985														47-Quantidade US 1														48-Valor 34,00													
47-Data de Realização 16/11/1985														48-Quantidade US 1														49-Valor 34,00													
48-Data de Realização 16/11/1985														49-Quantidade US 1														50-Valor 34,00													
49-Data de Realização 16/11/1985														50-Quantidade US 1														51-Valor 34,00													
50-Data de Realização 16/11/1985														51-Quantidade US 1														52-Valor 34,00													
51-Data de Realização 16/11/1985														52-Quantidade US 1														53-Valor 34,00													
52-Data de Realização 16/11/1985														53-Quantidade US 1														54-Valor 34,00													
53-Data de Realização 16/11/1985														54-Quantidade US 1														55-Valor 34,00													
54-Data de Realização 16/11/1985														55-Quantidade US 1														56-Valor 34,00													
55-Data de Realização 16/11/1985														56-Quantidade US 1														57-Valor 34,00													
56-Data de Realização 16/11/1985														57-Quantidade US 1														58-Valor 34,00													
57-Data de Realização 16/11/1985														58-Quantidade US 1														59-Valor 34,00													
58-Data de Realização 16/11/1985														59-Quantidade US 1														60-Valor 34,00													
59-Data de Realização 16/11/1985														60-Quantidade US 1														61-Valor 34,00													
60-Data de Realização 16/11/1985														61-Quantidade US 1														62-Valor 34,00													
61-Data de Realização 16/11/1985														62-Quantidade US 1														63-Valor 34,00													
62-Data de Realização 16/11/1985														63-Quantidade US 1														64-Valor 34,00													
63-Data de Realização 16/11/1985														64-Quantidade US 1														65-Valor 34,00													
64-Data de Realização 16/11/1985														65-Quantidade US 1														66-Valor 34,00													
65-Data de Realização 16/11/1985														66-Quantidade US 1														67-Valor 34,00													
66-Data de Realização 16/11/1985														67-Quantidade US 1														68-Valor 34,00													
67-Data de Realização 16/11/1985														68-Quantidade US 1														69-Valor 34,00													
68-Data de Realização 16/11/1985														69-Quantidade US 1														70-Valor 34,00													
69-Data de Realização 16/11/1985														70-Quantidade US 1														71-Valor 34,00													
70-Data de Realização 16/11/1985														71-Quantidade US 1														72-Valor 34,00													
71-Data de Realização 16/11/1985														72-Quantidade US 1														73-Valor 34,00													
72-Data de Realização 16/11/1985														73-Quantidade US 1														74-Valor 34,00													
73-Data de Realização 16/11/1985														74-Quantidade US 1														75-Valor 34,00													
74-Data de Realização 16/11/1985														75-Quantidade US 1														76-Valor 34,00													
75-Data de Realização 16/11/1985														76-Quantidade US 1														77-Valor 34,00													
76-Data de Realização 16/11/1985														77-Quantidade US 1														78-Valor 34,00													
77-Data de Realização 16/11/1985														78-Quantidade US 1														79-Valor 34,00													
78-Data de Realização 16/11/1985														79-Quantidade US 1														80-Valor 34,00													
79-Data de Realização 16/11/1985														80-Quantidade US 1														81-Valor 34,00													
80-Data de Realização 16/11/1985														81-Quantidade US 1														82-Valor 34,00													
81-Data de Realização 16/11/1985																																									



2-№

Dr. Sergio Augusto Stella Parodi
Cirurgião Dentista
C.R.O.P. 118.268

da Silva Ferreira

33-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939463	7-Data Validade da Guia 04/01/2011	390771 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202531720600000103			9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Nome IAGO MELLO DE MOURA			13-Data 19/08/2006		14-Teléfono () - - - - -	
15-Atendimento a RN N			16-Atendimento a RN SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	
18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16004315850			19-Código no Contrato Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código no Contrato Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA			22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		23-Número no CRO 118268	
24-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA			25-Número no CRO 118268		26-Código CBO S 29-UF SP	
27-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA			28-Número no CRO 118268		29-Código CBO S 29-UF SP	

30-Tabella	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-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0	12/11/2010	S. J. Mello
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,10	0,00	0,00	0	12/11/2010	S. J. Mello
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6,10	0,00	0,00	0	12/11/2010	S. J. Mello
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/2010	1	1-Total 2-Parcial	136,10	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/2010	11/11/2010	11/11/2010	11/11/2010

Assinatura de Iago Mello de Moura
CROSS 118.268



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

417175
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serinha
0 9 / 0 2 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8045376

5-Serinha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 1 / 1 1 / 2 0

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Data Validade da Carteira
14-Telefone
15-Nome do titular do plano
RODRIGO LEITE DA SILVA

16-Número no CBO S
17-Número no CRO
18-Número no CRO
19-UF
20-Código CBO S
21-UF
22-UF
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-UF
32-UF
33-UF
34-UF
35-UF
36-UF
37-UF
38-UF
39-UF
40-UF
41-UF
42-UF
43-UF
44-UF
45-UF
46-UF
47-UF
48-UF
49-UF
50-UF
51-UF
52-UF
53-UF
54-UF
55-UF
56-UF
57-UF
58-UF
59-UF
60-UF
61-UF
62-UF
63-UF
64-UF
65-UF
66-UF
67-UF
68-UF
69-UF
70-UF
71-UF
72-UF
73-UF
74-UF
75-UF
76-UF
77-UF
78-UF
79-UF
80-UF
81-UF
82-UF
83-UF
84-UF
85-UF
86-UF
87-UF
88-UF
89-UF
90-UF
91-UF
92-UF
93-UF
94-UF
95-UF
96-UF
97-UF
98-UF
99-UF
00-UF

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Faca
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glor 42-Assinatura



Data Validade da Senha
12/5/01/12/11

405712
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Avencimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-LUF		20-Código CBO S	
N		SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		118268		SP			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Escrutante		23-Número no CRO		24-LUF		25-Código CNES		025 -	
11601043115815011		SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		118268		SP				Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Escrutante		27-Número no CRO		28-LUF		29-Código CBO S		Envlar - RX		(I) 81000421-	
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		118268		SP				(I) 81000421-RCIE			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura		
1	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 0 0		0 0 0 0		05/11/20		flw		
2	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCIE		1	1 4 0 0		0 0 0 0		05/11/20		flw		
3	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 0 0		0 0 0 0		05/11/20		flw		
4	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1 0 0		0 0 0 0		05/11/20		flw		
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43- Data Previsto Término do Tratamento			44- Tipo de Atendimento		45- Tipo de Pauramento		46- Total Quantidade US		47- Valor Total R\$		48- Total Franquia Co-participação R\$			
					1- Total 2- Parcial		1 5 0 0 0 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, conforme acima apresentado(s), (foi/foram realizado(s)). 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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	03/11/11 11/49	03/11/11 11/49	19/11/11 22	19/11/11 22

Dr. Sergio Augusto Stella Parola
CROSP 118.268
CIRURGAO DENTISTA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



389544
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932221	7-Data Validade da Senha 03/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Nome da Carteira 000202506065700521503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KATHELLYN SILVA DA CRUZ					
14-Telefone () - / -					
15-Nome do titular do plano CLAUDINEI APARECIDO DA CRUZ					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16004315850					
22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA					
23-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA					
24-UF SP					
25-Código CNEB 118268					
26-Código CBO S 118268					
27-Número no CRO 118268					
28-UF SP					
29-Código CBO S 118268					
30-UF SP					
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 da Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Atendimento					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Total Quantidade US					
49-Total Franquia / Co-participação R\$					

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solícitante 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/2012
---	---	---	--

Dr. Sergio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268
Cirurgião Dentista



2-Nº

Dr. Sergio Augusto Stella Parola
Cirurgião Dentista
C.R.O.P. 118.268

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º

406094
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Sentença
12/5/10 11/2/11

8-Número da Guia Principal
8000428

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/7/11 01/12/10

3-Data de Emissão da Guia
12/7/11 01/12/10

1.º Beneficiário
414

11-Data Validade da Carteira
11/1/11 11/1/11

15-Nome do titular do plano
EDUARDO DA SILVA BARROS

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

12-Data de Emissão da Guia
12/03/1984

13-Data de Emissão da Guia
12/03/1984

1.º Beneficiário
414

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

16-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

19-UF
SP

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

25-Código CBO S
118268

28-UF
SP

2.º Beneficiário
414

13-Data de Emissão da Guia
12/03/1984

17-Nome do Profissional Solicitante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

20-Código CBO S
118268

23-Número no CRQ
118268

26-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

14-Teléfono

18-Número no CRQ
118268

21-UF
SP

24-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

30-UF
SP

2.º Beneficiário
414

15-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

19-UF
SP

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

25-Código CBO S
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

16-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

20-Código CBO S
118268

23-Número no CRQ
118268

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

30-UF
SP

2.º Beneficiário
414

17-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

21-UF
SP

24-UF
SP

25-Código CBO S
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

18-Número no CRQ
118268

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

25-Código CBO S
118268

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

30-UF
SP

2.º Beneficiário
414

19-UF
SP

23-Número no CRQ
118268

24-UF
SP

25-Código CBO S
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

20-Código CBO S
118268

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

25-Código CBO S
118268

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

30-UF
SP

2.º Beneficiário
414

21-UF
SP

23-Número no CRQ
118268

24-UF
SP

25-Código CBO S
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

23-Número no CRQ
118268

25-Código CBO S
118268

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

30-UF
SP

2.º Beneficiário
414

24-UF
SP

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

25-Código CBO S
118268

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

2.º Beneficiário
414

26-UF
SP

27-Número no CRQ
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

2.º Beneficiário
414

27-Número no CRQ
118268

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

2.º Beneficiário
414

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

2.º Beneficiário
414

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

2.º Beneficiário
414

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

2.º Beneficiário
414

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

2.º Beneficiário
414

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

2.º Beneficiário
414

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

2.º Beneficiário
414

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

38-UF
SP

2.º Beneficiário
414

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

38-UF
SP

39-UF
SP

2.º Beneficiário
414

36-UF
SP

37-UF
SP

38-UF
SP

39-UF
SP

40-UF
SP

2.º Beneficiário
414

37-UF
SP

38-UF
SP

39-UF
SP

40-UF
SP

41-UF
SP

2.º Beneficiário
414

38-UF
SP

39-UF
SP

40-UF
SP

41-UF
SP

42-UF
SP

2.º Beneficiário
414

39-UF
SP

40-UF
SP

41-UF
SP

42-UF
SP

43-UF
SP

2.º Beneficiário
414

40-UF
SP

41-UF
SP

42-UF
SP

43-UF
SP

44-UF
SP

2.º Beneficiário
414

41-UF
SP

42-UF
SP

43-UF
SP

44-UF
SP

45-UF
SP

2.º Beneficiário
414

42-UF
SP

43-UF
SP

44-UF
SP

45-UF
SP

46-UF
SP

2.º Beneficiário
414

43-UF
SP

44-UF
SP

45-UF
SP

46-UF
SP

47-UF
SP

2.º Beneficiário
414

44-UF
SP

45-UF
SP

46-UF
SP

47-UF
SP

48-UF
SP

2.º Beneficiário
414

45-UF
SP

46-UF
SP

47-UF
SP

48-UF
SP

49-UF
SP

2.º Beneficiário
414

46-UF
SP

47-UF
SP

48-UF
SP

49-UF
SP

50-UF
SP

2.º Beneficiário
414

47-UF
SP

48-UF
SP

49-UF
SP

50-UF
SP

51-UF
SP

2.º Beneficiário
414

48-UF
SP

49-UF
SP

50-UF
SP

51-UF
SP

52-UF
SP

2.º Beneficiário
414

49-UF
SP

50-UF
SP

51-UF
SP

52-UF
SP

53-UF
SP

2.º Beneficiário
414

50-UF
SP

51-UF
SP

52-UF
SP

53-UF
SP

54-UF
SP

2.º Beneficiário
414

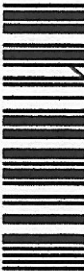
51-UF
SP



2-№

[illegible]

Dr. Sergio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268
CIRURGAO DENTISTA



2-Nº

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), tolforam 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.

Dr. Adriano Salló Pereira
ORTODONTISTA
CROSP 73399

Responsável	Wagner da Costa
53-Data, local e Carimbo da Empresa	10/07/11 11/11/11

Responsável	Abiane
-------------	--------

12-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 19/11/2015

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

413045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/11 11/20	4-Data de Autorização 06/11/11 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8028111	7-Data Validade da Senha 03/10/12 11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102012533190300000101013	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
11-Nome KAYKE COSTA OLIVEIRA	12-Data de Nascimento 18/12/2003	13-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/20			
14-Telefone					
15-Nome do titular do plano FABIANE AMORIM DA COSTA					

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		18-Número no CRO 118268		19-UF SP	
20-Código CBO \$		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1160104315850		22-Nome do Contratado Excludente SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		23-Número no CRO 118268	
24-UF SP		25-Código CINES		26-Nome do Profissional Excludente SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		27-Número no CRO 118268	
28-UF SP		29-Código CBO \$		30-Faturar Empresa			

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-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	010811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	11/11/20		
2	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	11/11/20		
3	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	11/11/20		
4	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	11/11/20		
5	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	11/11/20		
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/20	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 1174,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

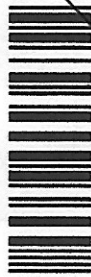
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11 11/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 11/20	53-Data, local e Cuiabio da Empresa 10/11/11 11/20
---------------	---	---	---	---

Dr. Adriano Stella Pereira
ORTODONTISTA
CROSP 118.268
U. Sérgio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/11 11/12/01	4-Data de Autorização 09/11/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8030329	7-Data Validade da Senha 04/10/12 11/12/11	413583 INTERCAMBIO							
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0101201253234040400010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome GEOVANA GENESIO PEREIRA LEONEL													
14-Telefone (11) 11111111													
15-Nome do titular do plano GEOVANA GENESIO PEREIRA LEONEL													
16-Atendimento a RN SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA													
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA													
18-Número no CRO 118268													
19-UF SP													
20-Código CBO S													
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 11801043158150111													
22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA													
23-Número no CRO 118268													
24-UF SP													
25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA													
27-Número no CRO 118268													
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-Id	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		
1	0101810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	31410010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
2	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
3	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
4	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
5	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
6	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
7	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
8	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
9	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
10	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
11	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
12	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
13	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
14	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
15	01018140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	31510010	01010010	01010010	01010010	11/12/11 11/12/11	giovana		
43-Data Previsto Término do Tratamento							44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11 11/11/11							11	1	1	1	1741010	01010010	01010010

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(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 11/11/11 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 11/11/11
--	--	--	---

Dr. Sérgio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 11/12/01		4-Data de Autorização 10/06/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8025594		7-Data Validade da Guia 10/03/10 12/12/11		412366 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00020202506065700338102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAIANA APARECIDA RODRIGUES BARROS															
14-Data de Nascimento 14/02/1988															
15-Nome do titular do plano JOSE MARIA GOMES BARROS JUNIOR															
16-Atendimento a RN N															
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA															
18-UF SP															
19-Número no CRO 118268															
20-Código CBO S															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11600431585011															
22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA															
23-Número no CRO 118268															
24-UF SP															
25-Código CBO S															
26-UF SP															
27-Número no CRO 118268															
28-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA															
29-Código CBO S															
30-UF SP															
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-Motivo da Guia 42-Aspiratura															
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\$															
49-Observação															

Dr. Sergio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268

Aparecida Rodrigues Barros
11/11/11 11/12/11

11/11/11 11/12/11

11/11/11 11/12/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/11 11/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8050532		7-Data Validade da Senha 11/10/12 11/12/11		418304 INTERCÂMBIO	
Devido do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202531749400000101011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Contrato Nacional de Saúde				13-Nome JOSE LUIZ DE OLIVEIRA			
14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano JOSE LUIZ DE OLIVEIRA				16-Data Validade da Carteira 11/11/11			
Devido do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		18-Número no CRO 118268		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11600431585011		22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		23-Número no CRO 118268		24-UF SP		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		27-Número no CRO 118268		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-Dist	
1-00018151002000		RESTAURAÇÃO RESINA		22		PD		1		18810010	
2-00018151002000											
3-00018151002000											
4-00018151002000											
5-00018151002000											
6-00018151002000											
7-00018151002000											
8-00018151002000											
9-00018151002000											
10-00018151002000											
11-00018151002000											
12-00018151002000											
13-00018151002000											
14-00018151002000											
15-00018151002000											
43-Data Prevista Término de Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 8810101		47-Valor Total R\$ 010101		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 010101	

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

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 12/11/11 11/12/10		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Responsável 12/11/11 11/12/10	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 12/11/11 11/12/10		53-Data, local e Caimbo da Empresa 12/11/11 11/12/10	

Dr. Sergio Augusto Stella Pereira
CRO SP 118.268

[illegible]

2-Nº

403205/
INTERCÂMBIO

704 6312

[illegible]

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

49-Observação
Enviar rx inicial e final na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/08/11 11:20	12/08/11 11:30	12/08/11 11:30	12/08/11 11:25

Dr. Sergio Augusto Stella Perella
CIRURGIO DENTISTA
R.O.S.P. 118.268

2-25 R 51

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

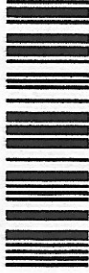


394439
INTERCAMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AP}



403608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 10/12/01		4-Data de Autorização 12/3/11 10/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7990474		7-Data Validade de Sonha 12/1/10 11/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010202532618800000101		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 SERGIO HENRIQUE VIEIRA DIAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solidário SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		18-Número no CRO 118268		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11600431585011		22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		23-Número no CRO 118268		24-UF SP		25-Código CINES			
26-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA		27-Número no CRO 118268		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dental/Região		34-Face		35-Ord	
1-00182000875		37		EXODONTIA SIMPLES DE		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
2-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
3-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
4-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
5-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
6-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
7-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
8-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
9-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
10-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
11-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
12-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
13-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
14-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
15-1		1		1		0,00		15/06/11		12/01/12	
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Emergência		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1		1		1		73,00		0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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

Dr. Sérgio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268
CIRURGEÃO DENTISTA

10/12/11 11/12/12
Sergio Henrique
Vieira P. Dias

10/12/11 11/12/12
Sergio Augusto Stella Pereira

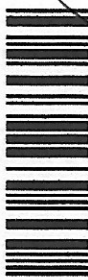
10/12/11 11/12/12
Sergio Augusto Stella Pereira



Facilitamos para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/12/11	4-Data de Autorização 12/3/11 01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989909	7-Data Validade da Senha 12/3/11 01/12/11	403451 INTERCAMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10102012532618800000001011	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 SERGIO HENRIQUE VIEIRA DIAS						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano SERGIO HENRIQUE VIEIRA DIAS						
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11600431585011						
22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA						
26-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA						
30-Tabella						
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-Motivo da Glosa						
42-Assinatura						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11 11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11 11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/11 11/11/20
---	---	---	---

Dr. Sérgio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº

413032
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
03/10/21/21

6-Número da Guia Principal
8028094

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
06/11/20

3-Data de Emissão da Guia
05/11/20

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
11/11/21

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
FABIANE AMORIM DA COSTA

12-Data de Emissão da Guia
12/05/1982

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
FABIANE AMORIM DA COSTA

14-Teléfono

18-Número no CRO
118268

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-UF
SP

22-Número no CRO
118268

23-UF
SP

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-UF
SP

28-Nome do Profissional Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

29-UF
SP

30-Código CBO S

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

38-UF
SP

39-UF
SP

40-UF
SP

41-UF
SP

42-UF
SP

43-UF
SP

44-UF
SP

45-UF
SP

46-UF
SP

47-UF
SP

48-UF
SP

49-UF
SP

50-UF
SP

51-UF
SP

52-UF
SP

53-UF
SP

54-UF
SP

55-UF
SP

56-UF
SP

57-UF
SP

58-UF
SP

59-UF
SP

60-UF
SP

61-UF
SP

62-UF
SP

63-UF
SP

64-UF
SP

65-UF
SP

66-UF
SP

67-UF
SP

68-UF
SP

69-UF
SP

70-UF
SP

71-UF
SP

72-UF
SP

73-UF
SP

74-UF
SP

75-UF
SP

76-UF
SP

77-UF
SP

78-UF
SP

79-UF
SP

80-UF
SP

81-UF
SP

82-UF
SP

83-UF
SP

84-UF
SP

85-UF
SP

86-UF
SP

87-UF
SP

88-UF
SP

89-UF
SP

90-UF
SP

91-UF
SP

92-UF
SP

93-UF
SP

94-UF
SP

95-UF
SP

96-UF
SP

97-UF
SP

98-UF
SP

99-UF
SP

100-UF
SP

101-UF
SP

102-UF
SP

103-UF
SP

104-UF
SP

105-UF
SP

106-UF
SP

107-UF
SP

108-UF
SP

109-UF
SP

110-UF
SP

111-UF
SP

112-UF
SP

113-UF
SP

114-UF
SP

115-UF
SP

116-UF
SP

117-UF
SP

118-UF
SP

119-UF
SP

120-UF
SP

121-UF
SP

122-UF
SP

123-UF
SP

124-UF
SP

125-UF
SP

126-UF
SP

127-UF
SP

128-UF
SP

129-UF
SP

130-UF
SP

131-UF
SP

132-UF
SP

133-UF
SP

134-UF
SP

135-UF
SP

136-UF
SP

137-UF
SP

138-UF
SP

139-UF
SP

140-UF
SP

141-UF
SP

142-UF
SP

143-UF
SP

144-UF
SP

145-UF
SP

146-UF
SP

147-UF
SP

148-UF
SP

149-UF
SP

150-UF
SP

151-UF
SP

152-UF
SP

153-UF
SP

154-UF
SP

155-UF
SP

156-UF
SP

157-UF
SP

158-UF
SP

159-UF
SP

160-UF
SP

161-UF
SP

162-UF
SP

163-UF
SP

164-UF
SP

165-UF
SP

166-UF
SP

167-UF
SP

168-UF
SP

169-UF
SP

170-UF
SP

171-UF
SP

172-UF
SP

173-UF
SP

174-UF
SP

175-UF
SP

176-UF
SP

177-UF
SP

Dr. Sergio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268
Cirurgião Dentista

Dra. Adriana Stella Pereira
CROSP 1339
Cirurgião Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa
07/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
07/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/11/20

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
07/11/20

49-Observação

48-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDent 4-Urgência/Emergência

47-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1174,00

45-Total Quantidade R\$
10,00

44-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Prevista Término do Tratamento

42-Data de Realização

41-Motivo da Guia

40-Data de Realização

39-Aut

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Face

34-Face

33-Dente/Região

32-Descrição

31-Código do Procedimento

30-Tabela

29-Nome do Profissional Solicitante

28-Nome do Profissional Executante

27-Nome do Contratado Executante

26-Nome do Contratado Executante

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF

24-UF

23-UF

22-UF

21-UF

20-UF

19-UF

18-UF

17-UF

16-UF

15-UF

14-UF

13-UF

12-UF

11-UF

10-UF

9-UF

8-UF

7-UF

6-UF

5-UF

4-UF

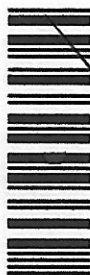
3-UF

2-UF

1-UF

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2011	4-Data de Autorização 13/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8037774	7-Data Validade da Senha 08/10/2012	415412 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 010202533190300000101	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		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome FABIANE AMORIM DA COSTA	14-Telefone 12/05/1982	15-Nome do titular do plano FABIANE AMORIM DA COSTA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	18-Número no CRO 118268	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 11601043115810	22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	23-Número no CRO 118268	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	27-Número no CRO 118268	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPD		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1	010811000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00
2	010811000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00
3	010811000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00
4	010811000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00
5	010811000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,00
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11	1	1	117,00	0,00	0,00	

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(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 13/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2011
---	---	---	---

da Costa

Cirurgião Dentista

C.R.O.S.P. 118268

Cirurgião Dentista

C.R.O.S.P. 118268

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº 409659
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia
02/11/11 11/20J

4-Data de Autorização
05/11/11 11/20J

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8015483

7-Data Validade da Senha
13/11/01 11/21J

8-Número do Cartão Nacional de Saúde

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade de Carteira

12-Nome do titular do plano
JAQUELINE ALMEIDA BISPO DE OLIVEIRA

13-Telefone

14-Telefone

15-Número no CRO
118268

16-Número no CRO
118268

17-Número no CRO
118268

18-Número no CRO
118268

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-UF
SP

22-UF
SP

23-UF
SP

24-UF
SP

25-UF
SP

26-UF
SP

27-UF
SP

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

38-UF
SP

39-UF
SP

40-UF
SP

41-UF
SP

42-UF
SP

43-UF
SP

44-UF
SP

45-UF
SP

46-UF
SP

47-UF
SP

48-UF
SP

49-UF
SP

50-UF
SP

51-UF
SP

52-UF
SP

53-UF
SP

54-UF
SP

55-UF
SP

56-UF
SP

57-UF
SP

58-UF
SP

59-UF
SP

60-UF
SP

61-UF
SP

62-UF
SP

63-UF
SP

64-UF
SP

65-UF
SP

66-UF
SP

67-UF
SP

68-UF
SP

69-UF
SP

70-UF
SP

71-UF
SP

72-UF
SP

73-UF
SP

74-UF
SP

75-UF
SP

76-UF
SP

77-UF
SP

78-UF
SP

79-UF
SP

80-UF
SP

81-UF
SP

82-UF
SP

83-UF
SP

84-UF
SP

85-UF
SP

86-UF
SP

87-UF
SP

88-UF
SP

89-UF
SP

90-UF
SP

91-UF
SP

92-UF
SP

93-UF
SP

94-UF
SP

95-UF
SP

96-UF
SP

97-UF
SP

98-UF
SP

99-UF
SP

100-UF
SP

101-UF
SP

102-UF
SP

103-UF
SP

104-UF
SP

105-UF
SP

106-UF
SP

107-UF
SP

108-UF
SP

109-UF
SP

110-UF
SP

111-UF
SP

112-UF
SP

113-UF
SP

114-UF
SP

115-UF
SP

116-UF
SP

117-UF
SP

118-UF
SP

119-UF
SP

120-UF
SP

121-UF
SP

122-UF
SP

123-UF
SP

124-UF
SP

125-UF
SP

126-UF
SP

127-UF
SP

128-UF
SP

129-UF
SP

130-UF
SP

131-UF
SP

132-UF
SP

133-UF
SP

134-UF
SP

135-UF
SP

136-UF
SP

137-UF
SP

138-UF
SP

139-UF
SP

140-UF
SP

141-UF
SP

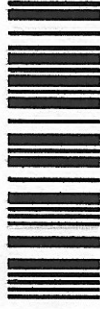
142-UF
SP

143-UF
SP

144-UF
SP

145-UF
SP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

409657
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Carteira
13/11/01/12/11

8-Número da Guia Principal
8015481

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/15/11/11/2101

3-Data de Emissão da Guia
10/12/11/11/2101

1-Data de Emissão da Guia
10/12/11/11/2101

10-Data Validade da Carteira
11-Data Validade da Carteira
12-Data Validade da Carteira

13-Data Validade da Carteira
14-Data Validade da Carteira
15-Data Validade da Carteira

16-Data Validade da Carteira
17-Data Validade da Carteira
18-Data Validade da Carteira

19-Data Validade da Carteira
20-Data Validade da Carteira
21-Data Validade da Carteira

22-Data Validade da Carteira
23-Data Validade da Carteira
24-Data Validade da Carteira

25-Data Validade da Carteira
26-Data Validade da Carteira
27-Data Validade da Carteira

28-Data Validade da Carteira
29-Data Validade da Carteira
30-Data Validade da Carteira

31-Data Validade da Carteira
32-Data Validade da Carteira
33-Data Validade da Carteira

34-Data Validade da Carteira
35-Data Validade da Carteira
36-Data Validade da Carteira

37-Data Validade da Carteira
38-Data Validade da Carteira
39-Data Validade da Carteira

40-Data Validade da Carteira
41-Data Validade da Carteira
42-Data Validade da Carteira

43-Data Validade da Carteira
44-Data Validade da Carteira
45-Data Validade da Carteira

46-Data Validade da Carteira
47-Data Validade da Carteira
48-Data Validade da Carteira

49-Data Validade da Carteira
50-Data Validade da Carteira
51-Data Validade da Carteira

52-Data Validade da Carteira
53-Data Validade da Carteira
54-Data Validade da Carteira

55-Data Validade da Carteira
56-Data Validade da Carteira
57-Data Validade da Carteira

58-Data Validade da Carteira
59-Data Validade da Carteira
60-Data Validade da Carteira

61-Data Validade da Carteira
62-Data Validade da Carteira
63-Data Validade da Carteira

64-Data Validade da Carteira
65-Data Validade da Carteira
66-Data Validade da Carteira

67-Data Validade da Carteira
68-Data Validade da Carteira
69-Data Validade da Carteira

70-Data Validade da Carteira
71-Data Validade da Carteira
72-Data Validade da Carteira

73-Data Validade da Carteira
74-Data Validade da Carteira
75-Data Validade da Carteira

76-Data Validade da Carteira
77-Data Validade da Carteira
78-Data Validade da Carteira

79-Data Validade da Carteira
80-Data Validade da Carteira
81-Data Validade da Carteira

82-Data Validade da Carteira
83-Data Validade da Carteira
84-Data Validade da Carteira

85-Data Validade da Carteira
86-Data Validade da Carteira
87-Data Validade da Carteira

88-Data Validade da Carteira
89-Data Validade da Carteira
90-Data Validade da Carteira

91-Data Validade da Carteira
92-Data Validade da Carteira
93-Data Validade da Carteira

94-Data Validade da Carteira
95-Data Validade da Carteira
96-Data Validade da Carteira



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

419833
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/02/21

6-Número da Guia Principal
8056874

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/11/20

3-Data de Emissão da Guia
16/11/20

1-Registro ANS
406414

Declaro do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202506065700485301

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
KARINA DUARTE VIEIRA

02/12/1988

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
KARINA DUARTE VIEIRA

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

18-Número no CRO
118268

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
160043158501

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

28-Nome do Profissional Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

29-Número no CRO
118268

30-UF
SP

31-Código CBO S
025 -

32-Código CNES
81000421

33-Envio - RX
(I) 81000421-
(II) 81000421-

34-Descrição

35-Quantidade US

36-Face

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61	00	00	00	00	21/11/20	RS
2-010815100421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	00	00	00	21/11/20	RS
3-010815100421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	00	00	00	21/11/20	RS
4-010815100421											
5-010815100421											
6-010815100421											
7-010815100421											
8-010815100421											
9-010815100421											
10-010815100421											
11-010815100421											
12-010815100421											
13-010815100421											
14-010815100421											
15-010815100421											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Atendimento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Valor Total R\$	50-Total Franquia / Co-participação R\$	51-Valor Total R\$	52-Total Franquia / Co-participação R\$	53-Valor Total R\$	54-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/21	1	1	1	189,00	0,00	189,00	0,00	189,00	0,00	189,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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

Imagem analisada.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Sergio Augusto Stella Pereira
CROSP 118.268
Cirurgião Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



415710
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 8 / 0 2 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
8039116

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 / 1 1 / 1 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 0 / 1 1 / 1 1 2 0

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
FERNANDO DA SILVA CAVICHIOLI

18-Número no CRO
118268

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

23-Número no CRO
118268

24-UF
SP

26-UF
SP

27-Número no CRO
118268

29-Código CBO S

33-Dentista/Região
36 D

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
18 1 0 0

37-Valor
0 0 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$
0 0 0 0

40-Data de Realização
30-Aut
0 8 / 0 2 / 1 2 1

41-Motivo da Guia 42-Atendimento

43-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
16 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0

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

49-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 23 Fernando Cavicholi

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

55-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

56-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

57-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

58-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

59-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

60-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

61-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

63-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

64-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

65-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

66-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

67-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

68-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

69-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

70-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

71-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

72-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

73-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

74-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

75-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

76-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

77-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

78-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

79-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

80-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

81-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

82-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

83-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

84-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

85-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

86-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

87-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

88-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

89-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

90-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

91-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

92-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

93-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

94-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

95-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

96-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

97-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

98-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

99-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

100-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 23

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-º

2-º

3-º

4-º

5-º

6-º

7-º

8-º

9-º

10-º

11-º

12-º

13-º

14-º

15-º

16-º

17-º

18-º

19-º

20-º

21-º

22-º

23-º

24-º

25-º

26-º

27-º

28-º

29-º

30-º

31-º

32-º

33-º

34-º

35-º

36-º

37-º

38-º

39-º

40-º

41-º

42-º

43-º

44-º

45-º

46-º

47-º

48-º

49-º

50-º

51-º

52-º

53-º

54-º

55-º

56-º

57-º

58-º

59-º

60-º

61-º

62-º

63-º

64-º

65-º

66-º

67-º

68-º

69-º

70-º

71-º

72-º

73-º

74-º

75-º

76-º

77-º

78-º

79-º

80-º

81-º

82-º

83-º

84-º

85-º

86-º

87-º

88-º

89-º

90-º

91-º

92-º

93-º

94-º

95-º

96-º

97-º

98-º

99-º

100-º

101-º

102-º

103-º

104-º

105-º

106-º

107-º

108-º

109-º

110-º

111-º

112-º

113-º

114-º

115-º

116-º

117-º

118-º

119-º

120-º

121-º

122-º

123-º

124-º

125-º

126-º

127-º

128-º

129-º

130-º

131-º

132-º

133-º

134-º

135-º

136-º

137-º

138-º

139-º

140-º

141-º

142-º

143-º

144-º

145-º

146-º

147-º

148-º

149-º

150-º

151-º

152-º

153-º

154-º

155-º

156-º

157-º

158-º

159-º

160-º

161-º

162-º

163-º

164-º

165-º

166-º

167-º

168-º

169-º

170-º

171-º

172-º

173-º

174-º

175-º

176-º

177-º

178-º

179-º

180-º

181-º

182-º

183-º

184-º

185-º

186-º

187-º

188-º

189-º

190-º

191-º

192-º

193-º

194-º

195-º

196-º

197-º

198-º

199-º

200-º

201-º

202-º

203-º

204-º

205-º

206-º

207-º

208-º

209-º

210-º

211-º

212-º

213-º

214-º

215-º

216-º

217-º

218-º

219-º

220-º

221-º

222-º

223-º

224-º

225-º

226-º

227-º

228-º

229-º

230-º

231-º

232-º

233-º

234-º

235-º

236-º

237-º

238-º

239-º

240-º

241-º

242-º

243-º

244-º

245-º

246-º

247-º

248-º

249-º

250-º

251-º

252-º

253-º

254-º

255-º

256-º

257-º

258-º

259-º

260-º

261-º

262-º

263-º

264-º

265-º

266-º

267-º

268-º

269-º

270-º

271-º

272-º

273-º

274-º

275-º

276-º

277-º

278-º

279-º

280-º

281-º

282-º

283-º

284-º

285-º

286-º

287-º

288-º

289-º

290-º

291-º

292-º

293-º

294-º

295-º

296-º

297-º

298-º

299-º

300-º

301-º

302-º

303-º

304-º

305-º

306-º

307-º

308-º

309-º

310-º

311-º

312-º

313-º

314-º

315-º

316-º

317-º

318-º

319-º

320-º

321-º

322-º

323-º

324-º

325-º

326-º

327-º

328-º

329-º

330-º

331-º

332-º

333-º