



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



INTERCAMBIO
324181

1-Número ANS 408414		3-Código de Emissão de Guia 15/10/2012		4-Código de Autorização 15/10/2012		5-Data AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7632819		7-Código Validador de Guia 13/10/2012	
Dados do Beneficiário											
13-Nome LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES											
14-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
15-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
16-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
17-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
18-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
19-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
20-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
21-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
22-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
23-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
24-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
25-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
26-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
27-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
28-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
29-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
30-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
31-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
32-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
33-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
34-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
35-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
36-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
37-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
38-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
39-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
40-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
41-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
42-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
43-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
44-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
45-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
46-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
47-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
48-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
49-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
50-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
51-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
52-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
53-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
54-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
55-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
56-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
57-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
58-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
59-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
60-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
61-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
62-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
63-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
64-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
65-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
66-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
67-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
68-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
69-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
70-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
71-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
72-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
73-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
74-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
75-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
76-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
77-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
78-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
79-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
80-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
81-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
82-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
83-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
84-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
85-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
86-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
87-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
88-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
89-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
90-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
91-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
92-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
93-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
94-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
95-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
96-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
97-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
98-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
99-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											
100-Endereço e Cidade JULIA BORGES SILVA											

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



328337
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 12/3/10 16/12/0	4. Data de Autuação 2/4/10 16/12/0	5. Sentença AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7654363	7. Data Validade da Sentença 12/1/10 9/12/0
---------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------	--	--

8. Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 3 1 5 0 0 0 0 0 1 0 1	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira / /	12. Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---

13. Nome JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO	14. Telefone () -	15. Nome de titular do plano JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO
16. Atendimento a RN N	17. Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18. Número no CRO 138356
19. UF SP	20. Código CBO S 025 -	21. Código na Operadora / CBO J / CPF 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3
22. Nome do Contratado Excusante JULIA BORGES SILVA	23. Número no CRO 138356	24. UF SP
25. Nome do Profissional Excusante JULIA BORGES SILVA	26. Número no CRO 138356	27. Código CBO S (1) 85100200

30. 1.º Rateio	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 Guisa	42. Assinatura
1. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	36	OV	1	8 8 1 0 0	0 1 0 0 0	5 1 1 0 0 0	5	11/06/10	5	Freitas RIBEIRO
2. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	27	OM	1	8 8 1 0 0	0 1 0 0 0	5 1 1 0 0 0	5	11/06/10	5	Freitas RIBEIRO
3. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
4. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
5. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
6. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
7. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
8. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
9. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
10. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
11. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
12. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
13. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
14. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
15. 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										

43. Data Previsto Término do Tratamento / /	44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Odontia 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcela	46. Total Quantidade US 1 7 6 1 0 0	47. Valor Total R\$ 0 1 0 0	48. Total Franquia / Co-participação R\$ / /
--	--	--	--	--------------------------------	---

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

49. Observações

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/10 16/12/0 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/10 16/12/0 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/10 16/12/0 JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO	53. Data, local e Caimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1º Edição 2013

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



328833
INTERCAMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 12/11/06 11:20	4º Data de Autorização 12/11/06 11:20	5º Sentença AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 7657148	7º Data Validade da Sentença 12/11/09 11:20
---------------------------	--	--	---------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8º Número da Carteira 00020202530315000000000102	9º Plano POS REDE PRESTADORA
---	---------------------------------

13º Nome

JHEISON FERNANDO DELGADO RIBEIRO

29/10/1987

14º Telefone
() - - - - -

10º Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11º Data Validade da Carteira
11/11/11

12º Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16º Atendimento a RV N	17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
---------------------------	--

21º Código na Operadora / CBOJ / CPF 139158045863	22º Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA
--	---

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

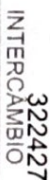
30º Tabela	31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Dente/Região	34º Freq	35º Qtd	36º Quantidade US	37º Valor	38º Franquia/Co-participação R\$	39º Aut	40º Data de Realização	41º Motivo da Oclusão	42º Assinatura
1-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	6,10	0,00	0,00				
2-0	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOP	1	12,20	0,00	0,00				
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43º Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44º Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45º Tipo de Pagamento 1- Total 2- Parcela	46º Total Quantidade US 183,00	47º Valor Total R\$ 10,00	48º Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	-----------------------------------	------------------------------	--

50º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/06 11:20 Dra. Jéssica Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 148356	51º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/06 11:20 Dra. Jéssica Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 148356	52º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/06 11:20 Jéssica Jéssica Jéssica	53º Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	--------------------------------------



246

[illegible]

322429
INTERCAMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 10/9//06//2.01	4. Data de Autorização 09//06//2.01	5. Sistema AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7624266	7. Data Validada da Sistema 10/7//09//2.01
---------------------------	--	--	--------------------------	--	---

0	0	2	0	1	2	5	0	8	2	8	3	8	0	0	0	0	9	7	0	2
Banco																				
POS REDE PRESTADORA																				
10 Empresa																				
COOPERATIVA DE CREDITO DE																				
11 Cotas Validas da Carteira																				
12 Numero do Cartão N																				

[illegible]

16-Mendments a RV N	17-Memo to President Substancia JULIA BORGES SILVA	18-Memoria do CPO 138356	19-JF SP	20-Código CPO S 025 -
------------------------	---	-----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Especificado		23-Valor no CNPJ		24-UF		25-Código CIES		Fatura Empresa
4	3	9	5	8	0	4	5	8	6	
JULIA BORGES SILVA					138356		SP			

26-Nome do Professor(a) Enunciante	JULIA BORGES SILVA		
27-Número do CPO	138356		
28-Uf	SP		
29-Código CPO S			

[illegible][illegible][illegible]

6.

Figure 6

Frequency	Sex (%)	Masturbation (%)
Never	~10%	~10%
Rarely	~10%	~10%
Sometimes	~30%	~30%
Often	~40%	~40%
Very Often	~10%	~10%

[illegible]

14

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																						
										44 Tipo de Amostragem																				45 Tipo de Filamento																				46 Total Quantidade US																				47 Valor Total R\$																			

[illegible]

Observação: Os dados foram coletados por meio de questionários enviados por e-mail para os pesquisadores envolvidos no tratamento realizado, complementando-se a análise com os custos conforme previsto em contrato.

09/10/20	Dr.ª Julia Borges	(5) Data local e Assinatura do Cargado-Donatário
09/10/20	Dr.ª Julia Borges	(5) Data local e Assinatura do Cargado-Donatário
09/10/20	Dr.ª Julia Borges	(5) Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/10/20	Dr.ª Julia Borges	(5) Data local e Carimbo da Empresa

~~Cirurgia Dentista~~
CRO SP - 138356

Cirurgia Dentista
CRO SP - 138356



Parquinhos para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-40



323800 -
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 409414	2-Carteira de Emissão de Guia 11/21/01/01/2101	3-Data de Autorização 11/21/01/01/2101	4-Forma de Autorização AUTORIZADO	5-Forma de Guia Principal 7630947	6-Data Validade da Guia 11/01/01/01/2101
--------------------------	---	---	--------------------------------------	--------------------------------------	---

7-Endereço de Emissão

8-Endereço de Emissão

9-Endereço de Emissão

10-Endereço de Emissão

11-Endereço de Emissão

12-Endereço de Emissão

13-Endereço de Emissão

14-Endereço de Emissão

15-Endereço de Emissão

16-Endereço de Emissão

17-Endereço de Emissão

18-Endereço de Emissão

19-Endereço de Emissão

20-Endereço de Emissão

21-Endereço de Emissão

22-Endereço de Emissão

23-Endereço de Emissão

24-Endereço de Emissão

25-Endereço de Emissão

26-Endereço de Emissão

27-Endereço de Emissão

28-Endereço de Emissão

29-Endereço de Emissão

30-Endereço de Emissão

31-Endereço de Emissão

32-Endereço de Emissão

33-Endereço de Emissão

34-Endereço de Emissão

35-Endereço de Emissão

36-Endereço de Emissão

37-Endereço de Emissão

38-Endereço de Emissão

39-Endereço de Emissão

40-Endereço de Emissão

41-Endereço de Emissão

42-Endereço de Emissão

43-Endereço de Emissão

44-Endereço de Emissão

45-Endereço de Emissão

46-Endereço de Emissão

47-Endereço de Emissão

48-Endereço de Emissão

49-Endereço de Emissão

50-Endereço de Emissão

51-Endereço de Emissão

52-Endereço de Emissão

53-Endereço de Emissão

54-Endereço de Emissão

55-Endereço de Emissão

56-Endereço de Emissão

57-Endereço de Emissão

58-Endereço de Emissão

59-Endereço de Emissão

60-Endereço de Emissão

61-Endereço de Emissão

62-Endereço de Emissão

63-Endereço de Emissão

64-Endereço de Emissão

65-Endereço de Emissão

66-Endereço de Emissão

67-Endereço de Emissão

68-Endereço de Emissão

69-Endereço de Emissão

70-Endereço de Emissão

71-Endereço de Emissão

72-Endereço de Emissão

73-Endereço de Emissão

74-Endereço de Emissão

75-Endereço de Emissão

76-Endereço de Emissão

77-Endereço de Emissão

78-Endereço de Emissão

79-Endereço de Emissão

80-Endereço de Emissão

81-Endereço de Emissão

82-Endereço de Emissão

83-Endereço de Emissão

84-Endereço de Emissão

85-Endereço de Emissão

86-Endereço de Emissão

16/01/01/01/2101

16/01/01/01/2101

16/01/01/01/2101

16/01/01/01/2101

16/01/01/01/2101

CRO SP: 138356

CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista

22



323813
INTERCAMBIO

CRD SP: 138356

CRO SP: 138356

Shilpa

35

Faturar Empresa

Julia

Luiz Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40



324775
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 408414	3- Data de Emissão da Guia 11/06/10 16/12/10	4- Data de Autorização 11/07/10 16/12/10	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7636113	7- Data Validade da Sentença 11/04/10 19/12/10
8- Dados do Beneficiário					
9- Número da Carteira 10102022513103151000000011011					
10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11- Data Validade da Carteira 11/11/11					
12- Número do Cartão Nacional de Saúde					
13- Nome JESSICA DO VALE FREITAS RIBEIRO					
14- Telefone (11) 11111111					
15- Nome do titular do plano JESSICA DO VALE FREITAS RIBEIRO					
16- Atendimento a RH N					
17- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento JULIA BORGES SILVA					
18-08/1986					
19-UF SP					
20- Código CBO S 025 -					
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 439158045863					
22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA					
23- Número no CNO 138356					
24-UF SP					
25- Código CNEC (1) 81000421- (1) 81000421-					
26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA					
27- Número no CRO 138356					
28-UF SP					
29- Código CBO S					
30- Tabela					
31- Código do Procedimento					
32- Descrição					
33- Dente/Região					
34- Face					
35- Qntd					
36- Quantidade US					
37- Valor					
38- Franquia/Co-participação R\$					
39- Aut					
40- Data de Realização					
41- Motivo da Guisa					
42- Operadora					
43- Data Prevista Término do Tratamento					
44- Tipo de Atendimento					
45- Tipo de Tratamento					
46- Total Quantidade US					
47- Valor Total R\$					
48- Total Franquia / Co-participação R\$					
49- Declaração					
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/10 16/12/10 Dra. Julia Borges Cirurgião Dentista CRO SP: 138356					
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 16/12/10 Dra. Julia Borges Cirurgião Dentista CRO SP: 138356					
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10 16/12/10 JESSICA DO VALE FREITAS RIBEIRO					
53- Data, local e Cambio da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



324845
INTERCAMBIO

1. Registro ANS 400414	3. Data de Emissão da Guia 11/06/2016	4. Data de Autorização 11/06/2016	5. Sentença AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7636152	7. Data Validade da Sentença 11/04/2019
---------------------------	--	--------------------------------------	---------------------------	--	--

8. Número da Carteira 0102021530315000000102	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 JHEISON FERNANDO DELGADO RIBEIRO	14. Telefone () - - - - -	15. Nome do titular do plano JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO
--	-------------------------------	--

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

21. Código na Operadora (CNU) / CPF 4319158045863	22. Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23. Número no CRO 138356	24. UF SP	25. Código CHES (I) 81000421- (II) 81000421-
--	---	-----------------------------	--------------	--

26. Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27. Número no CRO 138356	28. UF SP	29. Código CBO S (I) 81000421- (II) 81000421-
---	-----------------------------	--------------	---

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Preço	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Oclusão	42. Assinatura
1.	01081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	14,00	14,00	1	11/06/2016	1	JHEISON
2.	01081000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	14,00	14,00	1	11/06/2016	1	JHEISON
3.	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	3,50	3,50	1	11/06/2016	1	JHEISON
4.	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	3,50	3,50	3,50	1	11/06/2016	1	JHEISON
5.	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	3,50	3,50	1	11/06/2016	1	JHEISON
6.	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	3,50	3,50	1	11/06/2016	1	JHEISON
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43. Data Previsto Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Oclusão 4 - Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46. Total Quantidade US 16,80	47. Valor Total R\$ 10,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	----------------------------------	------------------------------	--

49. Observação

50. Guia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Julia Borges	51. Guia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Julia Borges	52. Guia Local e Assinatura do Beneficiário / Representante JHEISON	53. Guia Local e Assinatura da Empresa
--	--	--	--

Cirurgião-Beneficiário CRO SP-138356	Cirurgião-Beneficiário CRO SP-138356
---	---



2-M



327986
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

[illegible]

21-Código na Ordem / CNPJ / CPF	439158104158163
22-Nome do Contratado Excludente	JULIA BORGES SILVA
23-Número no CIO	133356
24-UF	SP
25-Código CHES	

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

Plano de Tratamiento / Procedimiento Solicitado	
30-Tabla	31-Código de Procedimiento
32-Descripción	33-Diagnóstico
34-Fee	35-Cod
36-Cantidad US	37-Valor
38-Franquicia/Co-participación R\$	39-Aut
40-Data	

[illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Prescrição	Termino do Tratamento	1/1	1/1
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Oncológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofobia 4-Urgência/Emergência	1	1
45-Tipo de Faturamento	1-Totai 2-Parcial	1	1
46-Total Quantidade US		6	1,000
47-Valor Total R\$		0	0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a exceção do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional. 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

49. Observação

[Signature]

50-Dire. geral e Assessoria do Chefe do Departamento de Engenharia de Estruturas	23/10/16/12/2016	Dr. Julia Dutra Gus
51-Dire. geral e Assessoria do Chefe do Departamento de Engenharia de Estruturas	23/10/16/12/2016	Dr. Julia Dutra Gus
52-Dire. geral e Assessoria do Chefe do Departamento de Engenharia de Estruturas	23/10/16/12/2016	Dr. Julia Dutra Gus
53-Dire. geral e Assessoria do Chefe do Departamento de Engenharia de Estruturas	23/10/16/12/2016	Dr. Julia Dutra Gus

Cirigliano
 CRO SF-138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 11/08/2016	4. Data de Autorização 11/09/2016	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7644625	7. Data Validade da Guia 11/09/2016
---------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	--

INTERCAMBIO
326610

8. Nome do Beneficiário JULIA CASTELANI LOPES	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/08/2016	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
13. Nome JULIA CASTELANI LOPES	15/12/1999	14. Telefone ()	15. Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	

16. Atendimento a RN N	17. Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18. Número no CNO 138356	19. UF SP	20. Código CBO S 025 -
21. Código na Operadora / CBO / CPF 431915180451863	22. Nome do Contratado Excedente JULIA BORGES SILVA	23. Número no CNO 138356	24. UF SP	25. Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
26. Nome do Profissional Excedente JULIA BORGES SILVA		27. Número no CNO 138356	28. UF SP	29. Código CBO S

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Face	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Motivo da Closs	42. Assinatura
1.	0.0.0.1	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	11.00	0.00	5123106120			
2.	0.0.0.1	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	8.10	0.00	5123106120			
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. Oclusão 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial	46. Total Quantidade US 1149.00	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. Deixo, 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 21/08/2016 Cirurgião Dentista CRO SP 138356	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Beneficiário 21/09/2016 Dr.ª Julia Borges Cirurgião Dentista CRO SP 138356	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/2016 Lilian Flavia Castelani Lopes	53. Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	--------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



326528
INTERCAMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4º Data de Autorização 19/06/2010	5º Sentença AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 7644195	7º Data Validade da Sentença 16/09/2010
---------------------------	--	--------------------------------------	---------------------------	--	--

8º Número da Carteira 1002025271641000001011	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Carteira 11/11/11	12º Número da Carteira Nacional de Saúde 11/09/2010
---	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13º Nome
LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES

08/11/1979

14º Telefone
() - - - - -

15º Nome do titular do plano
LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES

16º Atendimento a RN N	17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18º Número no CRO 138356	19º UF SP	20º Código CRO S 025 -
21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 143958045863	22º Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23º Número no CRO 138356	24º UF SP	25º Código CRO S Enviar - RX (0) 85100218

26º Nome do Profissional Excusante
JULIA BORGES SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30º Tabela 1-00085100218	32º Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33º Dente/Região 47	34º Face OM	35º Cód 1	36º Quantidade US 12200	37º Valor 0,00	38º Franquia/Co-participação R\$ 52306120	39º Aut S	40º Data de Realização 23/06/2010	41º Motivo da Guia 42º Anamnese Lilian
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										
16-1										
17-1										
18-1										
19-1										
20-1										
21-1										
22-1										
23-1										
24-1										
25-1										
26-1										
27-1										
28-1										
29-1										
30-1										
31-1										
32-1										
33-1										
34-1										
35-1										
36-1										
37-1										
38-1										
39-1										
40-1										
41-1										
42-1										
43-1										
44-1										
45-1										
46-1										
47-1										
48-1										
49-1										
50-1										
51-1										
52-1										
53-1										
54-1										
55-1										
56-1										
57-1										
58-1										
59-1										
60-1										
61-1										
62-1										
63-1										
64-1										
65-1										
66-1										
67-1										
68-1										
69-1										
70-1										
71-1										
72-1										
73-1										
74-1										
75-1										
76-1										
77-1										
78-1										
79-1										
80-1										
81-1										
82-1										
83-1										
84-1										
85-1										
86-1										
87-1										
88-1										
89-1										
90-1										
91-1										
92-1										
93-1										
94-1										
95-1										
96-1										
97-1										
98-1										
99-1										
100-1										

50 Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
R 13/11/06 11/06/11
Cirurgia Dentária
CRO SP-788356

51 Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
R 13/11/06 11/06/11
Cirurgia Dentária
CRO SP-788356

52 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
R 13/11/06 11/06/11
Lilian

53 Data Local e Carimbo da Empresa
11/11/11



11-EXCLUIÇÃO PARA VOLTAR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



326222
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/1986	4-Data de Autorização 18/08/1986	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642831	7-Data Validade da Sentença 11/09/1992
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira

9-Data de Validade da Carteira

10-Plano

11-Data Validade do Plano

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO	14-Endereço POS REDE PRESTADORA	15-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	16-Endereço JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO
---	------------------------------------	---------------------------------------	---

17-Admissão a RIN N	18-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	19-Número no CRO 138356	20-UF SP	21-Código CRO 5 025 -
------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14.319.158.004.518.613	23-Nome de Contato Exatante JULIA BORGES SILVA	24-Número no CRO 138356	25-UF SP	26-Código CRO 5 025 -
---	---	----------------------------	-------------	--------------------------

27-Nome do Profissional Exatante JULIA BORGES SILVA	28-Número no CRO 138356	29-UF SP	30-Código CRO 5 025 -
--	----------------------------	-------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Resposta
1	00	08	14	00	01	9	8					
2	00	08	14	00	01	9	8					
3	00	08	14	00	01	9	8					
4	00	08	14	00	01	9	8					
5	00	08	14	00	01	9	8					
6	00	08	14	00	01	9	8					
7	00	08	14	00	01	9	8					
8	00	08	14	00	01	9	8					
9	00	08	14	00	01	9	8					
10	00	08	14	00	01	9	8					
11	00	08	14	00	01	9	8					
12	00	08	14	00	01	9	8					
13	00	08	14	00	01	9	8					
14	00	08	14	00	01	9	8					
15	00	08	14	00	01	9	8					

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/08/1986 Dra. Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exatante 23/08/1986 Dra. Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/08/1986 JESSICA DO VALLE FREITAS RIBEIRO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

CRO SP: 138356



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



325171

INTERCAMBIO

1-Deposito ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/2011	4-Data de Autorização 17/06/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7637574	7-Data Válida da Guia 14/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira 00020202527164100000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES	08/11/1979	14-Tratado ()	15-Nome do titular do plano LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES
--	------------	-------------------	--

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

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 43958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CBO 138356	24-UF SP	25-Código CNES (1) 81000421- (2) 81000421-
---	--	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CBO 138356	28-UF SP	29-Código CBO S 025 -
--	----------------------------	-------------	--------------------------

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Signatura
1-	00	84000198	PROFILAXIA - POLIMENTO	HASD	1	3,5	10,00	0,00	1	18/06/2011	1	Juliana
2-	00	84000198	PROFILAXIA - POLIMENTO	HASE	1	3,5	10,00	0,00	1	18/06/2011	1	Juliana
3-	00	84000198	PROFILAXIA - POLIMENTO	HAIE	1	3,5	10,00	0,00	1	18/06/2011	1	Juliana
4-	00	84000198	PROFILAXIA - POLIMENTO	HAID	1	3,5	10,00	0,00	1	18/06/2011	1	Juliana
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14	10,00	0,00	1	18/06/2011	1	Juliana
6-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14	10,00	0,00	1	18/06/2011	1	Juliana
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 168,00	47-Valor Total R\$ 168,00	48-Valor Total R\$ 168,00
---------------------------	---	---	------------------------------	------------------------------	------------------------------

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), 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 Cliente/Operadora 18/06/2011 Diva Juliana Borges	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Executante 18/06/2011 Juliana Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/06/2011 Juliana Borges	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/06/2011 Juliana Borges
---------------	--	---	--	---

CRG 8356

241

325172
INTERCAMBIO

9

1000

100

41-Motivo da Gloriosa 42-Assina

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

—

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

—

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

— — — — —

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

—

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

[illegible]

ento e arcar com os custos pr
que assina esse documento,

1000

--

1