

554242
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406614	3 Data de Emissão da Guia 11/2/015/21	4 Data de Autuação 11/9/015/21	5 Situação AUTORIZADO	6 Número da Guia Principal 856988	7 Data Validade da Guia 11/5/018/21
--------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--

8-Numero da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 8 0 7 4 4 0 0 0 0 0 1 1
9-Ponto POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validada da Carteira	/ / / / / / / / / /
12-Numero do Cartão	

13- Assina	
JIEFERSON FERNANDES ALVES DE SOUZA	08/03/2003
14- Telefone	() - - - - -
15- Nome do titular do plano	JIEFERSON FERNANDES ALVES DE SC

Ponto de Contato: Perguntas pelo WhatsApp	
16-Atendimento a RH	
17-Nome do Profissional Solicitante	JULIA BORGES SILVA
18-Numero do CHD	138356
19-UF	SP
20-Código CHD S	

025 -
Faturar Empresa

21 - Código da Carteira (CNPJ / CPF)	22 - Nome do Contratado/Encomente	23 - Número no CNPJ	24 - UF	25 - Código CNEB
413915801451863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	
26 - Nome do Prestador/Encomente	27 - Número no CNPJ	28 - UF	29 - Código CNEB S	
JULIA BORGES SILVA	138356	SP		

32-Descrição	33-Densidade	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade	37-Valor	38-Frequência	39-Cód	40-Datas
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade	37-Valor	38-Frequência	39-Cód

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible][illegible]

☐ 1-100 ore Autismo ☐ 1-Trattamento Oculologico 2-Examen Radiologica 3-Ortodontia 4-UnguentoEmerylide	☐ 1-Totale 2-Parziale	☐ 1-174,100	☐ 1-100
--	--	------------------------------------	--------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendo-me a cumprir as orientações do profissional de saúde, de acordo com o meu conhecimento e a minha vontade, e não estou sendo influenciado por terceiros. Declaro, ainda que (se) 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 de saúde, o valor do tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.

48 Observations

01 Data, local e Assinatura do Curador-Dentista Solicitante	02 Data, local e Assinatura do Curador-Dentista	03 Data, local e Assinatura do Responsável	04 Data, local e Assinatura do Responsável
---	---	--	--

11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
----------	----------	----------	----------

100

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



244

Região Ativa	3. Data de Emissão da Guia	4. Data de Autopagamento	5. Serviço	6. Número da Guia Principal	7. Data validade da Guia
4068414	11/05/21	19/05/21	AUTORIZADO	8594281	15/08/21

553549
INTERCÂMBIO

8) Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 6 2 7 3 3 0 0 0 0 1 0 1
9) Plano POS REDE PRESTADORA	
10) Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11) Data Vencimento da Carteira	___/___/___
12) Número do Cartão Nacional de Saúde	

13. Membro	LEONTINA SOARES DA SILVA
23/05/1963	
14. Telefone	() - - - - - - - - - -
15. Membro do plano de plano	LEONTINA SOARES DA SILVA

16-Atividade e FIM N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18-Número no CRO 138356		19-Uf SP		20-Código CBO 8		025 - Faturar Empresa	
-------------------------	--	---	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	--------------------------	--

[illegible]

Julia Borges Silva Secretaria de Administração Rua da Trindade, 1º andar Centro, São Paulo, SP	138356 SP
---	---

30. Marca	31. Código do Produto	32. Descrição	33. Densidade	34. Preço	35. Qtd.	36. Quantidade US	37. Valor	38. Fornecedor - participante RS	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Motivo da Nota 42. Assinatura
0100	8510012001	RESTAURAÇÃO RESINA	17	1	1	8	0,00			05/12/11	

2

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

[illegible]

91 _____

92 _____

[illegible]

43) Outra Pessoa: Telefone do Trabalho	____/____/____
44) Tipo de Atendimento	____
45) Tratamento Odontológico	1. Exame Radiológico 3. Ortodontia 4. Urologia 5. Emprego
46) Tipo de Faturamento	____/____/____
47) Total Quantidade US	____/____/____
48) Valor Total R\$	____/____/____
49) Total Faturado - Organizações R\$	____/____/____

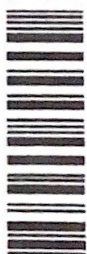
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os princípios, normas, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43a Osmoregulo

[illegible]

 D. J. C. Smith Director CIPRO CRO SP	 D. J. C. Smith Director CIPRO CRO SP	 D. J. C. Smith Director CIPRO CRO SP
---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rengão	34- Fuso	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Anel	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3	4,00			5/20/2015		[Assinatura]
2	0	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD			3	5,00			5/20/2015		[Assinatura]
3	0	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE			3	5,00			5/20/2015		[Assinatura]
4	0	PROFILAXIA POLIMENTO	HAD			3	5,00			5/20/2015		[Assinatura]
5	0	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE			3	5,00			5/20/2015		[Assinatura]
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43- Data Previsto Término do Tratamento: ____/____/____

44- Tipo de Atendimento: ☐ 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Consultoria 4 - Urgência/emergência

45- Tipo de Pagamento: ☐ 1 - Total 2 - Parcial

46- Total Quantias US: ____ 1 7 4 ____ 0 ____ 0 ____

47- Valor Total R\$: ____ 1 ____ 0 ____ 0 ____ 0 ____

48- Total Freteira / Co-participação R\$: ____ 1 ____ 1 ____ 1 ____ 1 ____

Declaro ainda que(s) procedeu(m) a(s) coleta(s) de dados 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-a e a partir com os custos conforme previsto em contrato.

4.9. Observations

50-Digla, local e Associação do Cirurgião-Dentista Botocartense

61-Deg. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

ZEPHYRUS: SOCIETY OF AGRICULTURE ON BENTLEY ROAD / KILGORE

55-Dados, locais e Carambo da Empresa

三

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

10

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

Dra. Julia
Cirurgia Dent.
CRO SP 1-8356

CRO Sp. 1285

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

1-0-1	2-0-1	3-0-1	4-0-1	5-0-1	6-0-1	7-0-1	8-0-1	9-0-1	10-0-1	11-0-1	12-0-1	13-0-1	14-0-1	15-0-1	16-0-1	17-0-1	18-0-1	19-0-1	20-0-1	21-0-1	22-0-1	23-0-1	24-0-1	25-0-1	26-0-1	27-0-1	28-0-1	29-0-1	30-0-1
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										

Soluções
 11-Dia, 12dia e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 25/05/2011
 Dra. Jullia Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP 138356

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/10/15 11/2118 Jucy

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.44



1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
12/5/10 15:12:11

4- Data de Autorização
12/5/10 15:12:11

5- Status
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
8626786

7- Data Validade da Guia
12/3/11 01:08:12:11

8- Nome da Guia Principal
562905
INTERCÂMBIO

9- Número da Clínica

10- Nome da Clínica

11- Plano

12- Empresa

13- Nome da Clínica

14- Nome da Clínica

15- Nome da Clínica

16- Nome da Clínica

17- Nome do Profissional Solicitante

18- Nome do Profissional Solicitante

19- Nome do Profissional Solicitante

20- Nome do Profissional Solicitante

21- Nome do Profissional Solicitante

22- Nome do Profissional Solicitante

23- Nome do Profissional Solicitante

24- Nome do Profissional Solicitante

25- Nome da Empresa

26- Nome da Empresa

27- Nome da Empresa

28- Nome da Empresa

29- Nome da Empresa

30- Nome da Empresa

31- Nome da Empresa

32- Nome da Empresa

33- Nome da Empresa

34- Nome da Empresa

35- Nome da Empresa

36- Nome da Empresa

37- Nome da Empresa

38- Nome da Empresa

39- Nome da Empresa

40- Nome da Empresa

41- Nome da Empresa

42- Nome da Empresa

43- Nome da Empresa

44- Nome da Empresa

45- Nome da Empresa

46- Nome da Empresa

47- Nome da Empresa

48- Nome da Empresa

49- Nome da Empresa

50- Nome da Empresa

51- Nome da Empresa

52- Nome da Empresa

53- Nome da Empresa

54- Nome da Empresa

55- Nome da Empresa

56- Nome da Empresa

57- Nome da Empresa

58- Nome da Empresa

59- Nome da Empresa

60- Nome da Empresa

61- Nome da Empresa

62- Nome da Empresa

63- Nome da Empresa

64- Nome da Empresa

65- Nome da Empresa

66- Nome da Empresa

67- Nome da Empresa

68- Nome da Empresa

69- Nome da Empresa

70- Nome da Empresa

71- Nome da Empresa

72- Nome da Empresa

73- Nome da Empresa

74- Nome da Empresa

75- Nome da Empresa

76- Nome da Empresa

77- Nome da Empresa

78- Nome da Empresa

79- Nome da Empresa

80- Nome da Empresa

81- Nome da Empresa

82- Nome da Empresa

83- Nome da Empresa

84- Nome da Empresa

85- Nome da Empresa

86- Nome da Empresa

87- Nome da Empresa

88- Nome da Empresa

89- Nome da Empresa

90- Nome da Empresa

91- Nome da Empresa

92- Nome da Empresa

93- Nome da Empresa

94- Nome da Empresa

95- Nome da Empresa

96- Nome da Empresa

97- Nome da Empresa

98- Nome da Empresa

99- Nome da Empresa

100- Nome da Empresa

101- Nome da Empresa

102- Nome da Empresa

103- Nome da Empresa

104- Nome da Empresa

105- Nome da Empresa

106- Nome da Empresa

107- Nome da Empresa

108- Nome da Empresa

109- Nome da Empresa

110- Nome da Empresa

111- Nome da Empresa

112- Nome da Empresa

113- Nome da Empresa

114- Nome da Empresa

115- Nome da Empresa

116- Nome da Empresa

117- Nome da Empresa

118- Nome da Empresa

119- Nome da Empresa

120- Nome da Empresa

121- Nome da Empresa

122- Nome da Empresa

123- Nome da Empresa

124- Nome da Empresa

125- Nome da Empresa

126- Nome da Empresa

127- Nome da Empresa

128- Nome da Empresa

129- Nome da Empresa

130- Nome da Empresa

131- Nome da Empresa

132- Nome da Empresa

133- Nome da Empresa

134- Nome da Empresa

135- Nome da Empresa

136- Nome da Empresa

137- Nome da Empresa

138- Nome da Empresa

139- Nome da Empresa

140- Nome da Empresa

141- Nome da Empresa

142- Nome da Empresa

143- Nome da Empresa

144- Nome da Empresa

145- Nome da Empresa

146- Nome da Empresa

147- Nome da Empresa

148- Nome da Empresa

149- Nome da Empresa

150- Nome da Empresa

151- Nome da Empresa

152- Nome da Empresa

153- Nome da Empresa

154- Nome da Empresa

155- Nome da Empresa

156- Nome da Empresa

157- Nome da Empresa

158- Nome da Empresa

159- Nome da Empresa

160- Nome da Empresa

161- Nome da Empresa

162- Nome da Empresa

163- Nome da Empresa

164- Nome da Empresa

165- Nome da Empresa

166- Nome da Empresa

167- Nome da Empresa

168- Nome da Empresa

169- Nome da Empresa

170- Nome da Empresa

171- Nome da Empresa

172- Nome da Empresa

173- Nome da Empresa

174- Nome da Empresa

175- Nome da Empresa

176- Nome da Empresa

177- Nome da Empresa

178- Nome da Empresa

179- Nome da Empresa

180- Nome da Empresa

181- Nome da Empresa

182- Nome da Empresa

183- Nome da Empresa

184- Nome da Empresa

185- Nome da Empresa

186- Nome da Empresa

187- Nome da Empresa

188- Nome da Empresa

189- Nome da Empresa

190- Nome da Empresa

191- Nome da Empresa

192- Nome da Empresa

193- Nome da Empresa

194- Nome da Empresa

195- Nome da Empresa

196- Nome da Empresa

197- Nome da Empresa

198- Nome da Empresa

199- Nome da Empresa

200- Nome da Empresa

201- Nome da Empresa

202- Nome da Empresa

203- Nome da Empresa

204- Nome da Empresa

205- Nome da Empresa

206- Nome da Empresa

207- Nome da Empresa

208- Nome da Empresa

209- Nome da Empresa

210- Nome da Empresa

211- Nome da Empresa

212- Nome da Empresa

213- Nome da Empresa

214- Nome da Empresa

215- Nome da Empresa

216- Nome da Empresa

217- Nome da Empresa

218- Nome da Empresa

219- Nome da Empresa

220- Nome da Empresa

221- Nome da Empresa

222- Nome da Empresa

223- Nome da Empresa

224- Nome da Empresa

225- Nome da Empresa

226- Nome da Empresa

227- Nome da Empresa

228- Nome da Empresa

229- Nome da Empresa

230- Nome da Empresa

231- Nome da Empresa

232- Nome da Empresa

233- Nome da Empresa

234- Nome da Empresa

235- Nome da Empresa

236- Nome da Empresa

237- Nome da Empresa

238- Nome da Empresa

239- Nome da Empresa

240- Nome da Empresa

241- Nome da Empresa

242- Nome da Empresa

243- Nome da Empresa

244- Nome da Empresa

245- Nome da Empresa

246- Nome da Empresa

247- Nome da Empresa

248- Nome da Empresa

249- Nome da Empresa

250- Nome da Empresa

251- Nome da Empresa

252- Nome da Empresa

253- Nome da Empresa

254- Nome da Empresa

255- Nome da Empresa

256- Nome da Empresa

257- Nome da Empresa

258- Nome da Empresa

259- Nome da Empresa

260- Nome da Empresa

261- Nome da Empresa

262- Nome da Empresa

263- Nome da Empresa

264- Nome da Empresa

265- Nome da Empresa

266- Nome da Empresa

267- Nome da Empresa

268- Nome da Empresa

269- Nome da Empresa

270- Nome da Empresa

271- Nome da Empresa

272- Nome da Empresa

273- Nome da Empresa

274- Nome da Empresa

275- Nome da Empresa

276- Nome da Empresa

277- Nome da Empresa

278- Nome da Empresa

279- Nome da Empresa

280- Nome da Empresa

281- Nome da Empresa

282- Nome da Empresa

283- Nome da Empresa

284- Nome da Empresa

285- Nome da Empresa

286- Nome da Empresa

287- Nome da Empresa

288- Nome da Empresa

289- Nome da Empresa

290- Nome da Empresa

291- Nome da Empresa

292- Nome da Empresa

293- Nome da Empresa

294- Nome da Empresa



2-N



1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

NAME _____11010101TIII

5