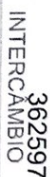


2-N⁺

362597
INTERCÂMBIO

--

10

41 - Nome da Gloriosa 42- Assinatura

no _____ x bairr
Dl _____ x bairr

18 - Total Franquia / Co-participação R\$

~~CRO-SP: 138356~~

~~CRO-SP: 138356~~



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/06/2018	4-Dia de Autorização 13/06/2018	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7822919	7-Dia Validade da Semeta 12/04/2019
--------------------------	--	------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0101201252761077010101011011	9-Diário POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS	14-Teléfono (11) 61131113853	15-Nome do titular do plano ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS
--	---------------------------------	--

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 / CPF 43915810451863	22-Nome do Contratado Exatante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Exatante 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/Anexo	34-Freq	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Cita	42-Asignatura
1	010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	611010	0101010	5101010	5101010	5101010	5101010	5101010
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6110101	47-Valor Total R\$ 10110101	48-Total Franquia Co-participação R\$
---------------------------------------	--	---	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

49-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/06/2018, Cirurgiã Dentista, Julia Borges	50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/2018, Cirurgiã Dentista, Julia Borges	51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário (Assinatura) 01/06/2018, Beneficiário, Julia Borges	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário (Assinatura) 01/06/2018, Beneficiário, Julia Borges	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 01/06/2018, Empresa, Julia Borges
---	---	---	---	--

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

356322
INTERCAMBIO

9

1000

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

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

E	
E	
E	
E	

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

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

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

--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



362594
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 12/04/08	4- Data de Autorização 12/08/08	5- Sessão AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7814602	7- Data Validade da Sessão 12/12/11
---------------------------	--	------------------------------------	-------------------------	--	--

8- Número da Carteira 010102025310043000000101	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 12/12/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome LUIZA MARIA DE SOUSA	14- Telefone () -	15- Nome do titular do plano LUIZA MARIA DE SOUSA
----------------------------------	-----------------------	--

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fio	35- Qnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Coparticipação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Oclusão	42- Assinatura
1-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	14	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Prevista Término do Tratamento 1/1/11	44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 73,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Coparticipação 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(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 Suscitante 10/03/08/BRAS	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Julia Borges	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/08/BRAS	53- Data, local e Cópia da Empresa 1/1/11
--	---	---	--

Cirurgião-Dentista
CRO SP: 1.8356

Cirurgião-Dentista
CRO SP: 1.8356



2-N

369957
INTERCÂMBIO

[illegible]

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

1111

1



2-N



7

000001 : 10 000



TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1- Registro AAS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/11/019/12/01	4- Data de Autorização 10/14/019/12/01	5- Semia AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7840508	7- Data Validade da Semia 13/10/11/12/01
---------------------------	---	---	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10/012/012/51276/01770/010101011011	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	---------------------------------------	--	--

13- Nome ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS	14- Telefone (11) 611311113181513	15- Nome do titular do plano ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS
---	--------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 143915810458163	22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CNES
---	---	-----------------------------	--------------	-----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Freq	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	0181510101614	FACETA DIRETA EM RESINA	21	V	1	172,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsão Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Pagamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 172,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	---	--	-----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação	50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 01/10/2019 CRO SP 138356	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 01/10/2019 CRO SP 138356	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2019 xflurubus	53- Data, local e Carimbo da Empresa
----------------	--	--	--	--------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.14



369959
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/03/09 12:01	4- Data de Autorização 10/04/09 12:01	5- Sanja AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7848505	7- Data Validade da Sanja 10/12/11 12:01
Dados do Beneficiário					
8- Número da Carteira 10/02/02 5276707700000101	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/06/11 3111113853	12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS					
14- Endereços					
15- Nome do titular do plano ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS					
16- Atendimento a RH N					
17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
18- Número no CRO 138356					
19- UF SP					
20- Código CRO S 025 - Faturar Empresa					
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863					
22- Nome do Contratado Excitante JULIA BORGES SILVA					
23- Número no CRO 138356					
24- UF SP					
25- Código CRO S 025 - Faturar Empresa					
26- Nome do Profissional Excitante JULIA BORGES SILVA					
27- Número no CRO 138356					
28- UF SP					
29- Código CRO S 025 - Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela 31- Código do Procedimento 1-0085100064	32- Descrição FACETA DIRETA EM RESINA	33- DentalRegião 11	34- Fase 1	35- Qtd 1	36- Quantidade US 172,00
37- Valor 0,00					
38- Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39- Aut 0,00					
40- Data de Realização 08/09/09					
41- Médico da Clínica J. Borges					
42- Médica					
43- Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11					
44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência					
45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial					
46- Total Quantidade US 172,00					
47- Valor Total R\$ 0,00					
48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaração: 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49- Observação					
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/09 12:01 Dra. Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356					
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/09 12:01 Dra. Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356					
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/09 20:09 J. Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356					
53- Data, local e Carimbo da Empresa					



INTELCIENTES PARA TODA A VIDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



369953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 9/12/10	4-Data de Autopago 10/4/10 9/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848499	7-Data Validade da Senha 10/2/11 12/12/10
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010210253133780010101021	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
LUIS FERNANDO SANTOS BICARIO

02/06/1999

14-Teléfono
()

15-Nome do titular do plano
MAYKOL CESAR EURIPEDES DAMACENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143958045863	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNE3 Faturar Empresa
---	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densiflogio	34-Faixa	35-CAR	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00			01/01/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34	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, 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 08/10/2010 D ^{ra} . Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2010 D ^{ra} . Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2010 D ^{ra} . Fernando	53-Data, local e Canto da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

CRO SP: 138356

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356

2-N^o372078
INTERCÂMBIO

epid

41- Motivo da Glosa 42-Ass

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

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

48-Total Franquia / Co-participação

--

--	--

1



2-N^o

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 3/1/08/12/0	4-Data de Autorização 10/2/09/12/0	5-Secção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837033	7-Data Validade da Secção 12/9/11/12/0
8-Número da Carteira 00020215312791600000101051					
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome MARCUS WITTO CASTELANI ARANHA				14-Telefone () - - - - -	
12-Número do Cartão Nacional da Saúde					
15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI					
11-Data Validade da Carteira / /					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18-Número no CRO 138356		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143915804518613		22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA		23-Número no CRO 138356	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO S	
28-UF SP		29-Código CBO S		27-Número no CRO 138356	
25 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200					
25-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA					
Título de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Mês	35-Cidade	36-Quantidade US	37-Mês	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Dia de Realização	41-Motivo da Gota 42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MPV	1	1 2 2 0 0		0 0 0 0		S d 3 0 2 0	x Marcas
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	8 8 0 0		0 0 0 0		S d 3 0 2 0	Marcas
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											

43-Dias Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Pagamento 46-Total Quantidades US 47-Valor Total R\$
☐ 1-Total 2-Parcial 12|1|0|0|0| |0|0|0|

48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observações

50-DIA, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-DIA, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-DIA, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-DIA, local e Cambio da Empresa

Dra. Julia Borges Dra. Julia Borges Juliana Moraes



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



372083
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/09/2019 12:01	4- Data de Autorização 11/09/2019 12:01	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7855994	7- Data Validade da Sentença 10/08/2020 12:01
---------------------------	--	--	---------------------------	--	--

8- Número da Carteira 10/02/2015 3127960000010102	9- Ponto POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome NAHIAN KAROLINE CASTELANI	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do Titular do plano ANA PAULA CASTELANI
---------------------------------------	-------------------------------	---

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

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 14391581045863	22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23- Número no CRO 138356	24- UF SP	25- Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
--	---	-----------------------------	--------------	--

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Aglio	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut
1- 0	0	18 5 1 0 0 2 0 0				12	MV	1	8 8 0 0
2- 1	1	RESTAURAÇÃO RESINA							
3- 1	1								
4- 1	1								
5- 1	1								
6- 1	1								
7- 1	1								
8- 1	1								
9- 1	1								
10- 1	1								
11- 1	1								
12- 1	1								
13- 1	1								
14- 1	1								
15- 1	1								

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- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	8 8 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, 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), fofloram 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	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53- Data, local e Carimbo da Empresa
17/10/2019 Dra. Júlia Borges CRO SP: 138356	17/10/2019 Dra. Júlia Borges CRO SP: 138356	11/10/2019 Ana Paula Castelani CRO SP: 138356	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



367420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/01 08/12/01	4-Data de Autorização 10/12/01 09/12/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837030	7-Data Validade da Série 12/9/11 11/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

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

13-Nome

NAHIAN KAROLINE CASTELANI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ANA PAULA CASTELANI
---------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Societário JULIA BORGES SILVA	18-Número no CNO 138356	19-UF SP	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 3 9 1 5 8 0 1 4 5 8 6 1 3	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CNO 138356	24-UF SP	25-Código CNEB Enviar - RX (I) 85100218
---	--	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante

JULIA BORGES SILVA	27-Número no CNO 138356	28-UF SP	29-Código CBO 8 (I) 85100218
--------------------	----------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vigor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ousa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	36	MOD	1	1 2 2 1 0 0 0	0	0 0 0	0	0 0 0	0	0
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	47	OMV	1	1 2 2 1 0 0 0	0	0 0 0	0	0 0 0	0	0
3-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
4-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
6-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
7-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
8-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
9-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
10-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
11-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
12-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
13-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
14-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
15-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
16-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/01 11/11/01	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Limpção/Enfermagem	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12 14 1 0 0	47-Valor Total R\$ 10 10 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10 10 0
---	---	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 11/11/01/2001 Dra. Jullia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/11/01/2001 Dra. Jullia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/01/2001 Ana Paula Castelani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/01/2001
---	---	--	--

Cirurgião Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



370987
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 12:01	4-Data da Autorização 11/01/09 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852466	7-Data Validade da Senha 10/11/12 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Recebimento

8-Número da Carteira 010210215298721510101010110121	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
CAROLINE VITORIA MARINGOLO

14-Data de Nascimento

30/12/2003

15-Nome do titular do plano
CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14391581045863111

22-Nome do Contratado Executante
JULIA BORGES SILVA

18-Número no CRO
138356

23-Número no CRO
138356

19-UF
SP

24-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
JULIA BORGES SILVA

27-Número no CRO
138356

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	0810101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
2-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
3-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
4-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
5-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
6-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
7-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
8-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
9-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
10-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
11-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
12-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
13-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
14-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin
15-00	08401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,00	0,00	1	11/01/09		Carmin

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidades US 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$
--	---	---	------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/09	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/09	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/09	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/09
---	---	---	---

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Carmin
Carmin

2-N^o370986
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



355426
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/2/10 8/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7781089	7-Data Validade da Guia 11/01/11 1/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01012101215131121719161010101011018	9-Pano 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 DANIEL HENRIQUE DAMACENA MOREIRA	24/08/2018	14-Teléfono (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANA PAULA CASTELANI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43915810451863111	22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA		27-Número no CRO 138356	28-UF SP
		29-Código CBO 8	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica	42-Assinatura
1-10	018401000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			11	72,10	0,10	0,10				<i>Cláudia</i>
2-10	018101000114	CONDICIONAMENTO EM			11	17,10	0,10	0,10				<i>Cláudia</i>
3-10	018101000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	13,14	0,10	0,10				<i>Cláudia</i>
4-11												
5-11												
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

43-Data Fim do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 1176,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Valor Total R\$ 11,11
---------------------------------------	---	--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/10, Dr. Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/10, Dr. Cláudia Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11, Ana Paula Castelani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
Cirurgião Dentista CRO SP: 138356			



2-Nr



353214
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

Don't

ne assolda esse occultamente

L

SP. 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª Nº



374160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/1/09/20	4-Data de Autorização 11/4/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7865793	7-Data Validade da Senha 11/01/12/20
8-Data do Beneficiário 01/02/2025			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11
13-Nome MAYKOL CESAR EURIPEDES DAMACENA			05/11/2001	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAYKOL CESAR EURIPEDES DAMACENA
16-Endereço e RN JULIA BORGES SILVA			17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863			22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA			26-Número no CRO 138356	27-UF SP	28-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régulo	34-Fee	35-Cid
1-00	18400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	35100
2-00	18400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	11	35100
3-00	18400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	11	35100
4-00	18400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	11	35100
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dra. Julia Borges Silva 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dra. Julia Borges Silva 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: Mayer 53-Data, local e Cambio da Empresa: 11/1/11/11

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Cirurgião Dentista 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Cirurgião Dentista 56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Cirurgião Dentista

CRO-SP: 138356 CRO-SP: 138356 CRO-SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



372098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2010	4-Data de Autorização 11/04/2010	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856025	7-Data Validade da Sinistro 10/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Clínica 10102102531337810000101011	9-Pano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Clínica 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/11
13-Nome MAYKOL CESAR EURIPEDES DAMACENA	05/11/2001	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MAYKOL CESAR EURIPEDES DAMACENA	

16-Autorização a Prv N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código de Operadora / CNES / CPF 1431915104581631	22-Nome do Contratado Encarregado JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Encarregado 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-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0108151100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	611010	01010	514511211210	11/11/11			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Autorização	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tipos de Autorização	1-Tipos de Faturamento	611010	101010	

49-Observações	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 Assinatura da Empresa
	Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	

2-N^a375045
INTERCÂMBIO

620

1131

41 - Moiró da Glosa 42-As

a | O | I | I | k m

a | O | I | I | x n

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

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

[illegible]

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

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

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

48-Total Francium / Co-participation[illegible]

--	--

--

1

1



2-N

Список литературы



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}



374159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2019	4-Data de Autorização 11/11/2019	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7865792	7-Data Validade da Serinha 11/11/2019							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 1010121012513131378101010101010121	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 LUIZ FERNANDO SANTOS BICARIO												
14-Teléfono () - - - - -												
15-Nome do titular do plano MAYKOL CESAR EURIPEDES DAMACENA												
16-Endereço e RN JULIA BORGES SILVA												
17-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA												
18-Número no CRO 138356												
19-UF SP												
20-Código CRO S 025 -												
21-Código na Operadora / CNEP / CPE 1413191518101415181613												
22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA												
23-Número no CRO 138356												
24-UF SP												
25-Código CNEP 025 -												
26-Nome da Prestadora Executante JULIA BORGES SILVA												
27-Número no CRO 138356												
28-UF SP												
29-Código CRO S 025 -												
30-Fatura Empresa												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugão	34-Preço	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01011814101011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
2-01011814101011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
3-01011814101011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
4-01011814101011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
5-01011814101011918												
6-01011814101011918												
7-01011814101011918												
8-01011814101011918												
9-01011814101011918												
10-01011814101011918												
11-01011814101011918												
12-01011814101011918												
13-01011814101011918												
14-01011814101011918												
15-01011814101011918												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidades US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
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												

2-N^o368503
INTERCÂMBIO

code

1000

14 *Atividade de Classe 42*

2015

2014

— — — — —

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

—

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

[illegible][illegible]

--

1001

1