



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



413932
INTERCÂMBIO

1- Início ANS 406414 2- Data de Fim da Guia 06/11/20 3- Data de Autorização 09/11/20 4- Nome do Beneficiário POS REDE PRESTADORA 5- Sexo AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8031771 7- Data Validade da Guia 04/02/21 8- Número da Carteira 010251327868000101 9- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 10- Nome do Titular do plano DENILSON PRATES DOS SANTOS 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome DENILSON PRATES DOS SANTOS 14- Telefone 26/09/1992 15- Nome do titular do plano DENILSON PRATES DOS SANTOS

16- Alandamento a RN N 17- Nome do Profissional Sociante JULIA BORGES SILVA 18- Número no CRO 138356 19- UF SP 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 143195801458631 22- Nome do Contratado Excitante JULIA BORGES SILVA 23- Número no CRO 138356 24- UF SP 25- Código CNES 65100200 Enviar - RX 26- Nome do Profissional Excitante JULIA BORGES SILVA 27- Número no CRO 138356 28- UF SP 29- Código CBO S 65100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Mês de Gosa	42- Assinatura
1-0	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	01/11/20	11	<i>Julia Borges</i>
2-0	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	88,00	0,00	0,00	S	01/11/20	11	<i>Julia Borges</i>
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Fim do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 176,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 01/11/2020 *Julia Borges* Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 01/11/2020 *Julia Borges* Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356

52- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável
 01/11/2020 *Julia Borges* Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356

53- Data, local e Cambio da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



430729 INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414 5 Data de Emissão da Guia 13/01/11 2 10 4 Data de V. Início 13/01/11 2 10 1 5 Semis AUTORIZADO 6 Número do Guia Principal 8102209 7 Data Validade da Semis 12/8/10 2 1 2 1 1

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

13 Nome WEVERTON EURIPEDES VILAS BOAS MATIAS 21/08/1990 14 Telefone 15 Nome do Titular do Plano THAISA REIS NEVES

16 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 17 Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA 18 Nome do Contratado Responsável pela Empresa JULIA BORGES SILVA 19 UF SP 20 UF SP 21 Cidade na Contratação / CNPJ / CPF 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3 22 Nome do Contratado Fornecedor JULIA BORGES SILVA 23 Número do CRO 138356 24 UF SP 25 Código CNES 025 - Faturar Empresa 26 Número do CRO 138356 27 UF SP 28 Código CBO S 29 Código CBO S

30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Tabela	Grupo do Procedimento	Descrição	Demora Regio	Face	Ord	Quantidade US	Valor	Franquia/Co-participação R\$	Adi	Data de Realização	Nome da Guia	Assinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3 4 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
2	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
3	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
4	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
5	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
6	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
7	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
8	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
9	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
10	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
11	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
12	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
13	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
14	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	
15	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 0 0	0,10	0,10	11/01/11	21/01/11	Julia Borges	

43 Data Previsto Término do Tratamento 44 Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Odoncoria 4 Urgência/Emergência 45 Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela 46 Total Quantidade US 1 7 4 1 0 0 47 Valor Total R\$ 10,00 48 Total Franquia / Co-participação R\$

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 01/11/12/11/2011
 51 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista: 01/11/12/11/2011
 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 01/11/12/11/2011
 53 Data, local e Cartão da Empresa

Dra. Julia Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



427638 INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414
 2- Número da Carteira 002020253117497000001004
 3- Data de Emissão da Guia 12/05/2013
 4- Data de Autorização 13/05/2013
 5- Semana AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal 8089413
 7- Data Validade da Guia 12/3/02/21
 8- Número do Cartão Nacional de Saúde

9- Data de Benefício 002020253117497000001004
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome IZABELLY CRISTINA SILVA DAS NEVES
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano BRUNO HENRIQUE SILVA DAS NEVES

16- Atendimento a RN
 17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
 18- Número do CBO 138356
 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 CBO 138356
 24- UF SP
 25- Código CIEFS
 26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA
 27- Número no CBO 138356
 28- UF SP
 29- Código CBO S

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- AJ 40- Data de Realização 41- Motivo da Guia 42- Assinatura

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- AJ	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	100						
2	008140090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	72	100						
3	008110014	CONDICIONAMENTO EM		1	70	100						
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento
 44- Tipo de Atendimento
 45- Tipo de Faturamento
 46- Total Quantidade US
 47- Valor Total R\$
 48- Total Franquia / Co-participação R\$

49- Ocorrência
 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 Campo da Empresa

Dra. Julia Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRD SP: 138356

Dra. Julia Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRD SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427635 INTERCÂMBIO

1- Registro Ans: 406414
 2- Data de Emissão do Guia: 12/05/2011
 3- Data de Autorização: 07/05/2011
 4- Data de Emissão do Guia: 12/05/2011
 5- Sentença: AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal: 8089406
 7- Data de Validade da Guia: 12/05/2011
 8- Número do Contrato Nacional de Saúde: 1231021211

9- Nome da Clínica: MARIA EDUARDA SILVA DAS NEVES
 10- Plano: POS REDE PRESTADORA
 11- Nome do titular do plano: BRUNO HENRIQUE SILVA DAS NEVES
 12- Nome do Contrato Resposável pelo Tratamento: MARIA EDUARDA SILVA DAS NEVES
 13- Nome do Profissional Solicitante: JULIA BORGES SILVA
 14- Nome do Profissional Encarregado: JULIA BORGES SILVA
 15- Nome do Profissional Encarregado: JULIA BORGES SILVA
 16- Amostragem a RTN: JULIA BORGES SILVA
 17- Nome do Profissional Encarregado: JULIA BORGES SILVA
 18- Número no CRO: 138356
 19- UF: SP
 20- Número no CRO: 138356
 21- UF: SP
 22- Nome do Donatário Encarregado: JULIA BORGES SILVA
 23- Número no CRO: 138356
 24- UF: SP
 25- Código CRES: 025
 26- Nome do Profissional Encarregado: JULIA BORGES SILVA
 27- Número no CRO: 138356
 28- UF: SP
 29- Código CRO S: 138356
 30- Faturar Empresa

31- Descrição: CONSULTA ODONTOLÓGICA
 32- Data Recebido: 07/05/2011
 33- Data Recebido: 07/05/2011
 34- Faixa: 11
 35- Quid: 11
 36- Quantidade US: 34,00
 37- Valor: 0,00
 38- Franquia/Co-participação R\$: 0,00
 39- Adul: 0,00
 40- Data de Realização: 07/05/2011
 41- Valor da Guia 42- Assinatura: 0,00

30-1	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Tecnia	Código do Procedimento	Descrição	Data Recebido	Faixa	Quid	Quantidade US	Valor	Franquia/Co-participação R\$	Adul	Data de Realização	Valor da Guia	Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0			
2	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1			

43- Data Prescrição Termino do Tratamento: / /
 44- Tipo de Amostragem: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontomia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento: 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US: 1106,00
 47- Valor Total R\$: 0,00
 48- Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00

49- Declaração: 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.
 50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Socialista: 01/11/2011, Dr.ª Julia Borges
 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 01/11/2011, Dr.ª Julia Borges
 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 01/11/2011, Bruno Henrique Silva das Neves
 53- Data, local e Causo da Empresa: / /

Dr.ª Julia Borges
Cirurgião-Dentista Socialista
CRO SP: 138356

Dr.ª Julia Borges
Cirurgião-Dentista
CRO SP: 138356

Dr. Bruno Henrique Silva das Neves
Beneficiário/Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



427633 INTERCAMBIO

1- Registro ANVISA: 406414
 2- Data de Fim do Tratamento: 25/11/2012
 3- Data de Autorização: 30/11/2012
 4- Sessão: AUTORIZADO
 5- Número da Guia Principal: 8089405
 6- Data Validade da Sessão: 23/12/2012
 7- Número do Cartão Nacional de Saúde: 427633

8- Nome da Clínica: TALITA PIRES SIQUEIRA
 9- Nome do Profissional Solicitante: JULIA BORGES SILVA
 10- Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira: / /
 12- Nome do titular do plano: BRUNO HENRIQUE SILVA DAS NEVES
 13- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento: TALITA PIRES SIQUEIRA
 14- Telefone: () - / -
 15- Nome do Profissional Solicitante: JULIA BORGES SILVA
 16- Número do CRO: 138356
 17- Número do CRO: 138356
 18- Número do CRO: 138356
 19- UF: SP
 20- Código CBO S: 025 -
 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF: 439581045863
 22- Nome do Contratado Executante: JULIA BORGES SILVA
 23- Número do CRO: 138356
 24- UF: SP
 25- Código CNES: 138356
 26- Código CBO S: 138356
 27- UF: SP
 28- Código CBO S: 138356
 29- UF: SP
 30- Código CBO S: 138356

31- Código do Procedimento: 31.01.01.03.01
 32- Descrição: CONSULTA ODONTOLÓGICA
 33- Dente/Região: 11
 34- Face: 11
 35- Qtd: 11
 36- Quantidade US: 34,00
 37- Valor: 0,00
 38- Franquia Co-participação R\$: 0,00
 39- Aliq: 0,00
 40- Data de Realização: 01/12/2012
 41- Modelo da Guia: 42- Assinatura: Talita

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- Aliq	40- Data de Realização	41- Modelo da Guia	42- Assinatura
1-0	01	81101010301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11	11	34,00	0,00	0,00	0,00	01/12/2012	42	Talita
2-0	01	8410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	35,00	0,00	0,00	0,00	01/12/2012	42	Talita
3-0	01	8410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	35,00	0,00	0,00	0,00	01/12/2012	42	Talita
4-0	01	8410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	35,00	0,00	0,00	0,00	01/12/2012	42	Talita
5-0	01	8410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	11	11	35,00	0,00	0,00	0,00	01/12/2012	42	Talita
6-1	11											
7-1	11											
8-1	11											
9-1	11											
10	11											
11	11											
12	11											
13	11											
14	11											
15	11											

43- Data Previsto Término do Tratamento: / /
 44- Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Financiamento: 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US: 174,00
 47- Valor Total R\$: 0,00
 48- Total Franquia Co-participação R\$: 0,00

49- Observação: 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 realizados(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: 01/12/2012
 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 01/12/2012
 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 01/12/2012
 53- Data, local e Cópia da Empresa: / /

Dr. Talita Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRO SP: 138356

Dr. Talita Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRO SP: 138356

Dr. Talita Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.00



411210 INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414

Data de Emissão da Guia 04/11/2013

4 Tipo de Autorização AUTORIZADO

5 Situação 8021173

6 Número da Guia Principal 02/02/2013

7 Data de Realização

8 Número da Carteira 0020253215760000105

9 Plano POS REDE PRESTADORA

10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11 Data Validação da Carteira

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome AMELIL PIRES LEONEL

14 Telefone 17012013

15 Nome do Músculo do Plano MONIKE DE QUEIROZ PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 Autógrafa e RN N

17 Nome do Profissional Societário JULIA BORGES SILVA

18 Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA

19 UF SP

20 UF SP

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863

22 Número do CRO 138356

23 Número do CRO 138356

24 UF SP

25 Código CIES

26 Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA

27 Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA

28 Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA

29 Número do CRO 138356

30 UF SP

31 Código CRO S

32 Nome do Músculo do Plano

33 Franquia/Co-participação R\$

34 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

35 Data de Realização

36 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

37 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

38 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

39 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

40 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

41 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

42 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

43 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

44 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

45 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

46 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

47 Aut - Faturar Empresa Enviar - RX (0183000127-74)

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Freq	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Motor da Guia	42 - Assinatura
1-0	0183000127	PULPOTOMIA EM DENTE	74	1	1	0,50	0,00	0,00	0,00	01/11/2013	0,00	
2-0	0185100115	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	1	1	2,20	0,00	0,00	0,00	01/11/2013	0,00	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43 Data Previsto Término do Tratamento

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

45 Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial

46 Total Quantidade US 227,00

47 Valor Total R\$ 0,00

48 Total Franquia / Co-participação R\$

49 Observação

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário

51 Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52 Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53 Data, Local e Carimbo de Empresa

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

José Carlos



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

214



425075 INTERCAMBIO

1- Registro AHS 406414
 3- Data de Emissão da Guia 21/01/2011
 4- Data de Autocrédito 25/01/2011
 5- Samba AUTORIZADO
 6- Número da Carteira 002102510550610101155021
 9- Samba 8079017
 7- Data Validade da Samba 21/02/2011
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

8- Nome do Paciente JUAN DE OLIVEIRA CABRERA
 9- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JUAN DE OLIVEIRA CABRERA
 10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
 11- Data Validade da Carteira
 14- Telefone (11) 29121610
 15- Nome do titular do plano ELIANE CASSIA DE OLIVEIRA CABRERA

16- Aferenciamento a RV N
 17- Nome do Profissional Societário JULIA BORGES SILVA
 18- Nome do Contratado Executor JULIA BORGES SILVA
 19- UF SP
 20- Códig. CBO S 025 - Faturar Empresa
 21- Códig. na Operadora (CNPJ) / CPF 43958045863
 22- Nome do Contratado Executor JULIA BORGES SILVA
 23- Número no CRO 138356
 24- UF SP
 25- Códig. CHES Enviar - RX
 26- Nome do Profissional Executor JULIA BORGES SILVA
 27- Número no CRO 138356
 28- UF SP
 29- Códig. CBO S (0) 85100218

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Ord	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Guia	42- Assinatura
1-0	0851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IMP	1	122,00	0,00					
2-0	0851100210	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00					
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Previsto Término do Tratamento
 44- Tipo de Atendimento 1-1. Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US 210,00
 47- Valor Total R\$ 0,00
 48- Total Franquia / Co-participação R\$

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

Dra. **Julia Borges** Cirurgião Dentista CRO-SP: 138356
 Dra. **Julia Borges** Cirurgião Dentista CRO-SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



425073 INTERCÂMBIO

1. Registro - SUS: 406414
 3. Casa de Emenda da Guia: 213/111/201
 4. Data de Autuação: 12/5/11
 5. Semestre: AUTORIZADO
 6. Número da Guia Principal: 8076986
 7. Data Vencida da Semestre: 21/10/2011
 12. Número do Cartão Nacional de Saúde: 211/1012/11

8. Número da Carteira: 0020210510506011011550131
 9. Posição: POS REDE PRESTADORA
 10. Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
 11. Data Vencida da Carteira: / /
 15. Nome do Titular do plano: ELIANE CASSIA DE OLIVEIRA CABRERA
 13. Nome: ARTUR DE OLIVEIRA ANDREASSA
 20/05/2015
 14. Telefone: (11) 291216100

16. Nome do Contratado (Responsável pelo Tratamento): JULIA BORGES SILVA
 17. Nome do Profissional Solicitante: JULIA BORGES SILVA
 18. Nome do Contratado Executor: JULIA BORGES SILVA
 19. Número no CRO: 138356
 20. UF: SP
 21. Nome do Profissional Executor: JULIA BORGES SILVA
 22. Número no CRO: 138356
 23. UF: SP
 24. UF: SP
 25. Código CRES: 025 - Faturar Empresa
 26. Nome do Profissional Executor: JULIA BORGES SILVA
 27. Número no CRO: 138356
 28. UF: SP
 29. Código CRO S: 138356

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Ordem Regula	34. Freq	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Gress 42. Agência
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,4	10,0			11/11/11	
2	00	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	17,2	10,0			11/11/11	
3	00	CONDICIONAMENTO EM			1	17,0	10,0			11/11/11	
4											
5											
6											
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 - Odontologia 4 - Urgência/Emergência
 45. Tipo de Faturamento: 1 - Total 2 - Parcial
 46. Total Quantidade US: 176,00
 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, compreendendo-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 realizados 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: 12/11/2015 Dra. Julia Borges
 51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado: 12/11/2015 Dra. Julia Borges
 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/11/2015 Eliane Cassia de Oliveira
 53. Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Cirurgião-Dentista CRO-SP-138356
 Cirurgião-Dentista CRO-SP-138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421610 INTERCÂMBIO

1- Ingresso ANS 406414 3- Data de Emissão ou Guia 11/08/11 4- Data de Autorização 12/3/11 5- Status AUTORIZADO 6- N.º da Guia Principal 8064256 7- Data Validade da Semra 11/02/11

8- Número da Carteira 0020253332400000104 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome MATEUS SOARES CARVALHO 14- Telefone 15- Nome do Titular do plano RENATO CARVALHO CORREA

16- Alvará de Exercício 17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA 18- Número no CRO 138356 19- UF SP 20- Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 81000421-RPID 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1439580458613 22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA 23- Número no CRO 138356 24- UF SP 25- Código CBO 5 26- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA 27- Número no CRO 138356 28- UF SP 29- Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		
2-0	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0		
3-0	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0		
4-0	0	RX PERIAPICAL			1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Prevista Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Infância/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 173,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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

90- 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 Cópia de Empresa

Drª. Júlia Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRO SP: 138356

Drª. Júlia Borges
 Cirurgiã Dentista
 CRO SP: 138356

Renato Carvalho Correa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414619 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
 2-Soma de Emissão de Guia 109111120
 3-Data de Autorização 10911120
 4-Sistema AUTORIZADO
 5-Número da Guia Principal 8034379
 6-Data Validade da Guia 107102121
 7-Número do Cadeia Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0020253265230000103
 9-Pos REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cadeia Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO MORAIS DOS SANTOS
 14-Idade 08/1/1986
 15-Nome do titular do plano JOSIANE MARIA BRAGA
 16-Adm. em nome a R/N JULIA BORGES SILVA
 17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA
 18-Número do CNO 138356
 19-UF SP
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código em Operadora / CNEP / CPE 43958045863
 22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA
 23-Número do CNO 138356
 24-UF SP
 25-Código CHES
 26-Nome do Profissional Emiteente JULIA BORGES SILVA
 27-Número do 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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00					
2	00	PROFILAXIA- POLIMENTO	HASD		1	35,00					
3	00	PROFILAXIA- POLIMENTO	HASE		1	35,00					
4	00	PROFILAXIA- POLIMENTO	HAIE		1	35,00					
5	00	PROFILAXIA- POLIMENTO	HAID		1	35,00					
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento
 44-Tipo de Amudamento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Tipo de Atendimento
 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, 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.

60-Data, local e Assinatura do Segurado-Dentista
 61-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista
 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 63-Data, local e Carimbo da Empresa

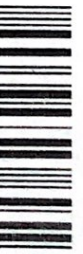
Julia Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP: 138356

Dr. Milton Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



416549 INTERCÂMBIO

1 Registre ANS 406414
 3 Data de Emissão da Guia 11/11/2011
 4 Data de Autorizado 16/11/2011
 5 Status AUTORIZADO
 6 Número da Guia Principal 8042699
 7 Data Vencimento da Guia 10/02/2011

8 Número da Carteira 0102025327868000001101
 9 Plano POS REDE PRESTADORA
 10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11 Data Vencimento da Carteira
 12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome DENILSON PRATES DOS SANTOS
 26/09/1992
 14 Telefone
 15 Nome do Titular do Plano DENILSON PRATES DOS SANTOS

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

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF 43958045863
 22 Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA
 23 Número no CRO 138356
 24 UF SP
 25 Código CHES
 26 Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA
 27 Número no CRO 138356
 28 UF SP
 29 Código CBO S
 30 CPF 85400220-46
 31 Nome da Empresa Faturar - RX

30 - Item	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Fase	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Motivo da Guise	42 - Assinatura
1	010854	0102201	NUCLEO METALICO FUNDIDO	46	1	299,00	0,00	0,00	S	17/11/2011	51731711	17/11/2011
2												
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 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência
 45 Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial
 46 Total Quantidade US 299,00
 47 Valor Total R\$ 0,00
 48 Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Observações
 50 Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Social e Assinatura do Cirurgião-Dentista Social 17/11/2011
 51 Data local e Assinatura do Generalista 17/11/2011
 52 Data local e Assinatura do Generalista / Responsável 17/11/2011
 53 Data local e Carimbo da Empresa

Dra. Julia Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP - 138356

Dra. Julia Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP - 138356

Dra. Julia Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP - 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



419695 INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 4-Data de Autorização 11/06/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8056181 7-Costa Validada da Sentença 11/02/11

8-Número da Carteira 010210253215760000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MONIKE DE QUEIROZ PIRES 14-Telefone 04/05/1985 15-Nome do Titular do Plano MONIKE DE QUEIROZ PIRES

16-Adiantamento a R\$ N 17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA 18-Número no CRO SP 138356 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

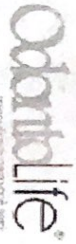
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143958104518613 22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA 23-Número no CRO SP 138356 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA 27-Número no CRO SP 138356 28-UF SP 29-Código CBO S

30-1.ª Avaliação 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Faixa 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Coste Realizado 41-Medica da Gossa 42-Assinatura

1.ª Avaliação	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Coste Realizado	41-Medica da Gossa	42-Assinatura
1	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	11/02/11	11/02/11	SP	[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Todo Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Todo Total R\$ 0,00 49-Valor Total R\$ 0,00 49-Valor Total R\$ 0,00 49-Valor Total R\$ 0,00 49-Valor Total R\$ 0,00

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: D^{ra} **Julia Borges** - Cirurgiã Dentista - CRO SP - 138356
 51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista: D^{ra} **Julia Borges** - Cirurgiã Dentista - CRO SP - 138356
 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **Monike de Queiroz Pires**



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



418148 INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414

3º Data de Emissão da Guia 12/11/2011

4º Data de Autorização 16/11/2011

5ª Semana AUTORIZADO

6º Número da Guia Principal 8049592

7ª Data Validade da Semana 10/02/2011

Dados do Beneficiário

8º Número da Carteira 0202025326523000001011011

9º Plano POS REDE PRESTADORA

10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11ª Data Validade da Carteira

12º Número do Cartão Nacional de Saúde

13º Nome JOSIANE MARIA BRAGA

14ª Telefone

15º Nome do Titular do plano JOSIANE MARIA BRAGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16º Atestado a RN JULIA BORGES SILVA

17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA

18º Número no CRO 138356

19ª UF SP

20º Código CRO 5

25º Código CNES Enviar - RX

21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 439518045863

22º Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA

23º Número no CRO 138356

24ª UF SP

25º Código CNES

29º Código CRO 5

(f) 81000421-

(f) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rugão	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gosa	42- Aut. Altera
1.	008100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011		
2.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	MP	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011		
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43- Data Prevista Fim 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

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data Local e Assinatura do Grande-Deputado 11/11/2011 DRA. JULIA BORGES SILVA

51- Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 DRA. JULIA BORGES SILVA

52- Data Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/2011 JOSIANE MARIA BRAGA

53- Data Local e Endereço da Empresa

CRO SP: 138356

CRO SP: 138356

CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



417926 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
 2-Data de Emissão da Guia 12/11/2011
 3-Data de Autorização 16/11/2011
 4-Semina AUTORIZADO
 5-Numero da Guia Principal 8048552
 6-Data Validade da Guia 10/02/2011

7-Numero da Carteira 0102025332400000101
 8-Nome do Beneficiário RENATO CARVALHO CORREA
 9-Data de Autorização POS REDE PRESTADORA
 10-Data Validade da Carteira 19/03/1988
 11-Data Validade do Plano DENTAL UNI COOPERATIVA
 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde RENATO CARVALHO CORREA

13-Nome RENATO CARVALHO CORREA
 14-Telefone () - - - - -
 15-Abastecimento a RN N
 16-Abastecimento a RN JULIA BORGES SILVA
 17-Numero no CRO 138356
 18-Numero no CRO 138356
 19-UF SP
 20-Código CRO S 025 -
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 439580458613
 22-Numero do Contrato Encarante JULIA BORGES SILVA
 23-Numero no CRO 138356
 24-UF SP
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Encarante JULIA BORGES SILVA
 27-Numero no CRO 138356
 28-UF SP
 29-Código CRO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denário/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Quantidade
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					
6-15												

43-Data Prevista Término do Tratamento
 44-Tipo de Abastecimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 174,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Encarante
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Cemitio de Empresa

Dr. Juliano Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP: 138356

Dr. Juliano Borges
 Cirurgião Dentista
 CRO SP: 138356

Renato Carvalho Correa
 Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



417931
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414
 2 Data de Emissão da Guia 11/2011
 3 Data de Autorização 16/11/2011
 4 Número da Guia Principal 8048558
 5 Série AUTORIZADO
 6 Data Validade da Série 11/01/2012

8 Nome do Beneficiário 00020253332400000000000000003
 9 Plano POS REDE PRESTADORA
 10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11 Nome do titular do plano RENATO CARVALHO CORREA
 12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome GUILHERME SOARES CARVALHO
 14 Telefone
 15 Nome do Contato Encarregado RENATO CARVALHO CORREA
 16 Alinhamento a RN
 17 Nome do Profissional Suscritor JULIA BORGES SILVA
 18 UF SP
 19 UF SP
 20 Código CBO S 025 -
 21 Código na Operação / CNPJ / CPF 43958045863
 22 Nome do Contato Encarregado JULIA BORGES SILVA
 23 Número do CRO 138356
 24 UF SP
 25 Código CIES
 26 Nome do Profissional Encarregado JULIA BORGES SILVA
 27 Número do CRO 138356
 28 UF SP
 29 Código CBO S
 30 Faturar Empresa

31 Código do Procedimento 32 Descrição 33 Dente/Ringilo 34 Face 35 CID 36 Quantidade US 37 Valor 38 Franquia/Coparticipação R\$ 39 Aut 40 Data de Realização 41 Motivo da Guia 42 Assinatura

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Código do Procedimento	Descrição	Dente/Ringilo	Face	CID	Quantidade US	Valor	Franquia/Coparticipação R\$	Aut	Data de Realização	Motivo da Guia	Assinatura
1-00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,00	0,00	0	11/01/11	SILVIA ZINGHI JUNIOR	X
2-00	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	7,2	10,00	0,00	0,00	0	11/01/11	SILVIA ZINGHI JUNIOR	X
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43 Data Previsto Término do Tratamento
 44 Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência
 45 Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
 46 Total Quantidade US 106,00
 47 Valor Total R\$ 10,00
 48 Total Franquia / Coparticipação R\$

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, compreendendo-a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Suscritor
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Encarregado
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. **Julia Borges Silva**
 CRP-SP: 138356

Dr. **Renato Carvalho Correa**
 CRP-SP: 138356