



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



390520
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/06/11 01/2101	4- Data de Autenticação 10/08/11 01/2101	5- Semeta AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7936294	7- Data Válidade da Semeta 10/04/10 11/211
---------------------------	--	---	-------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira
01012101215321157610101010101013

9- Plano CLARA PIRES DE ANDRADE CASTRO	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Válidade da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------------	---	--

13- Nome CLARA PIRES DE ANDRADE CASTRO	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano MONIKE DE QUEIROZ PIRES
---	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 4319158104158163	22- Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA
--	---

26- Nome do Profissional Executante
JULIA BORGES SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	018	511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	611,00	1011,00	11	15/11/10	2101	2101
2-1	1											
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 Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Fraturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	-------------------------	---------------------	--

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

49- Observações

50- Data, local e Assinatura do Contratado 15/11/10 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	51- Data, local e Assinatura do Contratado 15/11/10 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 15/11/10 Monike de Queiroz Pires CRO SP: 138356	53- Data, local e Cópia da Empresa
--	--	---	------------------------------------



399729
INTERCÂMBIO

Dr(a) Julia Botelho
 Cirurgiã Dentista
 CRO SP - 138356



24



50-Data, local e Assinatura do Cirurgião

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Abstract

CRO SP: 138356

[illegible]394178
INTERCÂMBIO

100

41- Molivo da Glosa 42-Assinatura

2011 * Jan

20 x 20

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

[illegible]

3-Total Franquia / Co-participação R\$

nte e arcar com os custos previstos

ue assina esse documento, os v

1503

1

1997

2. *M*403699
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados:Declaro que antes no he sido deudor

10

Cirurgia Deln...
SP: 138356

CROSS: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



393141
INTERCAMBI

1- Registro ANS
406414

2- Data de Emissão da Guia
08/11/2012

3- Data de Autorização
12/11/2012

4- Autorizado
AUTORIZADO

5- Número da Guia Principal
7947370

6- Data Validade da Guia
10/11/2012

7- Dados do Beneficiário

8- Nome
MARCUS FLAVIO BARBOSA ANDRADE

9- Posição
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11- Nome do Profissional
MARCUS FLAVIO BARBOSA ANDRADE

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

14- Nome do Profissional Solicitante
JULIA BORGES SILVA

15- Nome do Contratado Executante
JULIA BORGES SILVA

16- Número no CRO
138356

17- UF
SP

18- Código CRO S

19- Faturar Empresa

20- Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq.	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchising Participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	------------------	-----------	---------	-------------------	-----------	----------------------------------	----------	------------------------	--------------------	----------------

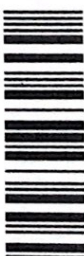
1-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,1,0,0,0	0,0,0,0	51,2,7,1,0,1,2,0,1	5	11/11/2012	5	11/11/2012
2-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,1,0,0,0	0,0,0,0	51,2,7,1,0,1,2,0,1	5	11/11/2012	5	11/11/2012
3-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,1,0,0,0	0,0,0,0	51,2,7,1,0,1,2,0,1	5	11/11/2012	5	11/11/2012
4-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6,1,0,0,0	0,0,0,0	51,2,7,1,0,1,2,0,1	5	11/11/2012	5	11/11/2012

5-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA										

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

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

2-N-

405062
INTERCÂMBIO1000

1

6

A[illegible]1[illegible]1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]111

11

48-qu111

1

2-N



1- Registro AAS 408414		3-Dia de Entrega da Guia 1 9 1 1 0 1 2 0		4- Dia de Autopagamento 2 2 1 1 1 0 1 2 0		5-Serviço AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 7971969		7-Dia Validade da Guia 1 1 7 1 0 1 1 1 2 1	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 1 5 7 6 0 0 0 0 0 1 0 4		9-Pavão POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional da Saúde		399340 INTERCÂMBIO	
13-Nome GABRIEL PIRES LEONEL											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano MONIKE DE QUEIROZ PIRES											
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 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3											
22-Nome do Contratado Exatante JULIA BORGES SILVA											
23-Número no CBO 138356											
24-UF SP											
25-Código CHES Enviar - RX (1) 85100200											
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											

[illegible]



Tratador para odont

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



403708
INTERCÂMBIO

1-Área de Atuação	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Anulação	4-Data de Autorização	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal	7-Data Válida da Guia
406414	12/11/10	12/11/10	12/11/10	AUTORIZADO	7991051	12/11/10

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

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano	16-Data de Nascimento	17-Data de Emissão da Guia
JOSIANE MARIA BRAGA	() - - - - -	JOSIANE MARIA BRAGA	07/06/1978	

18-Data de Nascimento	19-Data de Emissão da Guia	20-Código CBO S	21-Data de Nascimento	22-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

23-Data de Nascimento	24-Data de Emissão da Guia	25-Código CBO S	26-Data de Nascimento	27-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

28-Data de Nascimento	29-Data de Emissão da Guia	30-Código CBO S	31-Data de Nascimento	32-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

33-Data de Nascimento	34-Data de Emissão da Guia	35-Código CBO S	36-Data de Nascimento	37-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

38-Data de Nascimento	39-Data de Emissão da Guia	40-Código CBO S	41-Data de Nascimento	42-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

43-Data de Nascimento	44-Data de Emissão da Guia	45-Código CBO S	46-Data de Nascimento	47-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

48-Data de Nascimento	49-Data de Emissão da Guia	50-Código CBO S	51-Data de Nascimento	52-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

53-Data de Nascimento	54-Data de Emissão da Guia	55-Código CBO S	56-Data de Nascimento	57-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

58-Data de Nascimento	59-Data de Emissão da Guia	60-Código CBO S	61-Data de Nascimento	62-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

63-Data de Nascimento	64-Data de Emissão da Guia	65-Código CBO S	66-Data de Nascimento	67-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978

68-Data de Nascimento	69-Data de Emissão da Guia	70-Código CBO S	71-Data de Nascimento	72-Data de Emissão da Guia
18/06/1978	18/06/1978	183356	18/06/1978	18/06/1978



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número de Guia de Recursos de Glosas Autorizado pela	
6 - Código na Operadora		7 - Nome da Contratada		8 - Objeto do Recurso		9 - Número de Guia de Recursos de Glosas Autorizado pela	
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		13856SP - JULIA BORGES SILVA		2		4 0 2 1 9 7	
8 - Número de Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Guia do Protocolo		11 - Justificativa	
12 -		13 - Número da Guia Autorizada para Operadora		14 - Status		15 - Beneficiário	
3 6 9 9 5 9		3 6 9 9 5 9		AUTORIZADO		00202527607700000101 - ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS	
17 - Código da Guia de Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -		20 -	
Foram enviadas imagens iniciais e as guias foram autorizadas, porém a imagem final não havia sido anexada. Agora imagem final está anexada na guia de recurso.		21 - Data de Realização do Procedimento		22 - Foco		23 - Quantidade	
24 - Valor Recusado		25 - Justificativa do Prestador		26 - Procedimento/Item Assistencial		27 - Descrição do Procedimento	
30 - Valor Aceitado		31 - Justificativa da Operadora		32 -		33 -	
1 - 0 3 0 0 9 2 0 2 0		1 1 1 1 0 1 9 4 8 5 1 0 0 0 6 4		FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL		3 0 4 0	
5 1 4 6 0		Foram enviadas imagens iniciais e as guias foram autorizadas, porém a imagem final não havia sido anexada. Agora imagem final está anexada na guia de recurso.		28 -		29 -	
0 4 0 0		28 -		29 -		30 -	
2 -		31 -		32 -		33 -	
3 -		34 -		35 -		36 -	
4 -		37 -		38 -		39 -	
5 -		40 -		41 -		42 -	
6 -		43 -		44 -		45 -	
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceitado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
5 1 4 6 0		0 4 0 0		0 4 0 0 9 2 0 2 0		36 - Data da Assinatura da Operadora	
37 - Assinatura da Operadora		38 -		39 -		40 -	

Drª Julia Borges
Cirurgiã Dentista
PROF. 138356



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		[2]	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		5 - Número da Guia de Recurso da Guia Autorizada pela	
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		138356SP - JULIA BORGES SILVA		4 0 2 1 9 1	
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Guia do Protocolo	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora		15 - Situação	
3 6 8 1 7 6		3 6 8 1 7 6		AUTORIZADO	
17 - Código da Guia de Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		16 - Beneficiário	
		Foram enviadas imagens iniciais e as guias foram autorizadas, porém a imagem final não havia sido anexada. Agora imagem final está anexada na guia de recurso.		00202527607700000101 - ANA FLAVIA DE MORAIS SANTOS	
Dados das linhas da Guia					
20 - Data da Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Fase	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Aceitado	31 - Justificativa da Operadora	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Guia
0 1 0 9 0 2 0 2 0	2 1	V	0 1	9 4	8 5 1 0 0 0 6 4
1 5 1 0 6 0	Foram enviadas imagens iniciais e as guias foram autorizadas, porém a imagem final não havia sido anexada. Agora imagem final está anexada na guia de recurso.				
0 0 0 0	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL.				
3 0 8 1					
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceitado (R\$)	34 - Data do Recurso			
5 1 0 6 0	0 0 0 0	0 4 0 0 9 0 2 0 2 0			
35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora			
Dra. Julia Borges		11/11/11			
CRO SP: 138356		37 - Assinatura da Operadora			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



408058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10	4-Data de Autorização 10/11/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8008795	7-Data Válida da Sentença 12/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532786800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

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

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atribuição a RV 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 43958045863	22-Nome do Contratado Encarregado JULIA BORGES SILVA	23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
--	---	----------------------------	-------------	---

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-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 Oclusa	42-Assinatura
1-0	08	5100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IVP	1	122,00	0,00				
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 Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Quantidade US	49-Valor Total R\$	50-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tipos de Atendimento	2-Escane Radiológico	3-Condicionais	4-Utilização Emergência	1-Tipos de Faturamento	1122,00	0,00

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

49-Consideração
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2010 Dr. Julia Borges	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 01/11/12 Dr. Julia Borges	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/12 Dr. Julia Borges	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
--	---	--	--

CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



408590
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 00/2101	4-Data de Autorização 10/12/11 11/2101	5-Serena AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011464	7-Data Vencimento da Serena 12/11/11 11/2111
8-Número da Carteira 01020215326523000000101011		9-Promo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome JOSIANE MARIA BRAGA		07/06/1978		14-Telefone () - - - - -	
16-Atendimento a EN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA		18-Número no CRO 138356	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143958045863		22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA		23-Número no CRO 138356	
26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA		27-Número no CRO 138356		28-Código CBO S SP	
29-Valor 138356		30-Franchising/Co-participação R\$ 025 -		31-Enviar - RX Enviar - RX (1) 85100226	

30-Tabela 1-0 0 8 5 1 0 0 2 2 6	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 22	34-Face VPM	35-Cid 1	36-Quantidade US 1 2 2 1 0 0	37-Valor 0 1 0 0	38-Franchising/Co-participação R\$ 5 0 2 1 1 1 0 0	39-Aut 5 0 2 1 1 1 0 0	40-Data de Realização 12/09/11	41-Moeda da Guia R\$	42-Assinatura [Assinatura]
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
16-1											
17-1											
18-1											
19-1											
20-1											
21-1											
22-1											
23-1											
24-1											
25-1											
26-1											
27-1											
28-1											
29-1											
30-1											
31-1											
32-1											
33-1											
34-1											
35-1											
36-1											
37-1											
38-1											
39-1											
40-1											
41-1											
42-1											
43-1											
44-1											
45-1											
46-1											
47-1											
48-1											
49-1											
50-1											
51-1											
52-1											
53-1											
54-1											
55-1											
56-1											
57-1											
58-1											
59-1											
60-1											
61-1											
62-1											
63-1											
64-1											
65-1											
66-1											
67-1											
68-1											
69-1											
70-1											
71-1											
72-1											
73-1											
74-1											
75-1											
76-1											
77-1											
78-1											
79-1											
80-1											
81-1											
82-1											
83-1											
84-1											
85-1											
86-1											
87-1											
88-1											
89-1											
90-1											
91-1											
92-1											
93-1											
94-1											
95-1											
96-1											
97-1											
98-1											
99-1											
100-1											

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/31/11 11/2101 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 1.38356	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/31/11 11/2101 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 1.38356	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/31/11 11/2101 JOSIANE MARIA BRAGA	53-Data local e Carimbo da Empresa 10/31/11 11/2101
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



403703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 10/12/10	4-Data de Atuação 10/12/11 1/2/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7991022	7-Data Validade da Série 12/1/10 1/12/11
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

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

13-Nome CAROLINE VITORIA MARINGOLO	30/12/2003	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Abandono a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18-Número no CRO 138356	19-UF SP	20-Código CBO \$ 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		22-Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA		23-Número no CRO 138356	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200	26-Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	27-Número no CRO 138356	28-UF SP	29-Código CBO \$

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cos-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8 8 10 0	0 10 0 0			10/13/11 11/20/11		
2	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8 8 10 0	0 10 0 0			10/13/11 11/20/11		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data 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 1 17 6 10 0	47-Valor Total R\$ 0 10 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---------------------------	--	---	---------------------------------------	--------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante 10/3/11 1/1/11	51-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista 10/3/11 1/1/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/11 11/20/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



374638
INTERCÂMBIO

1. Registro ABO 406414	2. Data de Emissão da Guia 11/04/2019 12:01	3. Data de Autorização 28/09/2019 12:01	4. Sentença AUTORIZADO	5. Número da Guia Principal 7867835	6. Data Validade em São Paulo 11/03/2020
Dados do Beneficiário					
8. Número da Carteira 0002025311719000000101	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 11/11/11	
13. Nome JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA					
14. Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JACQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA					
15. Data Validade do Plano 05/10/1985					
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 143958045863					
22. Nome do Contratado Executante JULIA BORGES SILVA					
23. Número no CRO 138356					
24. UF SP					
25. Código CNES Enviar - RX (F) 85200156-36 (I) 81000421- (J) 85100218					
26. Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA					
27. Número no CRO 138356					
28. UF SP					
29. Código CBO S (I) 85100218					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30. Frase 31. Código do Procedimento	32. Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO RX PERIAPICAL RESTAURAÇÃO RESINA	33. Dente/Raio 36	34. Face 1	35. Cid 53	36. Quantidade US 3
37. Valor 0,00	38. Franchia/Co-participação R\$ 0,00	39. Aut. 0,00	40. Data de Realização 11/04/2019	41. Motivo da Guia 0,00	42. Assinatura JACQUELINE B.S.
43. Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortodontia 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faltamento 1. Total 2. Parcial	46. Total Quantidade US 669,00	47. Valor Total R\$ 0,00	48. Total Franchia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) (descrito(s) acima, e por mim assinado(s)), foi(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 Cópula-Dentista Solicitante 03/11/19					
51. Data, local e Assinatura do Cópula-Beneficiário Dra. Julia Borges Cirurgia Dentista CRO SP: 138356					
52. Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 08/11/2019 Jacqueline B.S.					
53. Data, local e Cópula da Empresa					