



244

710370
INTERCÁMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



709409
INTERCAMBIO

1- Agência ANS 406414	3- Data de Emissão: 09/04/2011	4- Data de Autenticação 12/01/09/12/11	5- Gentia AUTORIZADO	6- Número de Guia Principal 9075896	7- Data validade no Surtos 11/01/12/11
8- Número da Carteira 00020254158570000010101			9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data validade da Carteira 11/01/11/11
12- Nome do Paciente VITORIA CRISTINA FERREIRA SANTOS			13- Data 18/05/1999	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular no plano VITORIA CRISTINA FERREIRA SANTOS
16- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento JULIA BORGES SILVA			17- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA	18- Número no CRO 138356	19- UF SP
20- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA			21- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA	22- Número no CRO 138356	23- UF SP
24- Nome do Profissional Executante JULIA BORGES SILVA			25- Número no CRO 138356	26- UF SP	27- Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-1- Zábula	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente	34- Região	35- Qtd	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	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
7- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
8- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
9- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
10- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
11- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
12- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
13- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
14- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											
15- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6											

43- Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consultoria 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1122,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00			
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar 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(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- Observações								
50- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/09/12/11						51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/09/12/11	52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/09/12/11	53- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



689836
INTERCÂMBIO

1º Registro AAS 406414	3º Data de Entrada da Guia 10/11/09/12/11	4º Data de Autóclavagem 10/11/09/12/11	5º Sentença AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 9016459	7º Data Validade da Sentença 13/01/11/12/11
8º Nome do Beneficiário JONATHA PEREIRA CALDERARI			9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11
12º Nome JONATHA PEREIRA CALDERARI			13º Data de Emissão do Documento 17/09/1993	14º Fornecedor ()	15º Nome do titular do plano JONATHA PEREIRA CALDERARI
16º Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N JULIA BORGES SILVA			17º Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18º Número no CNO 138356	19º UF SP
20º Código na Carteira / CNA / CIP 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3			21º Nome do Contratado Exequente JULIA BORGES SILVA	22º Número no CNO 138356	23º UF SP
24º Nome do Profissional Exequente JULIA BORGES SILVA			25º Número no CNO 138356	26º Código CBO S 138356	27º Código CBO S 138356
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30º Título 31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Dente/Região	34º Face	35º Cx	36º Quantidade US
1 10 0 1 8 1 0 0 0 0 1 3 0 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3 4 1 0 1 0
2 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
3 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
4 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
5 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
6 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
7 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
8 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
9 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
10 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
11 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
12 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
13 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
14 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
15 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
16 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
17 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
18 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
19 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
20 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
21 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
22 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
23 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
24 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
25 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
26 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
27 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
28 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
29 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
30 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
31 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
32 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
33 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
34 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
35 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
36 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
37 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
38 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
39 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
40 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
41 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
42 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
43 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
44 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
45 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
46 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
47 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
48 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
49 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
50 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
51 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
52 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
53 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
54 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
55 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
56 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
57 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
58 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
59 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
60 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
61 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
62 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
63 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
64 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
65 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
66 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
67 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
68 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
69 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
70 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
71 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
72 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
73 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
74 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
75 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
76 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
77 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
78 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
79 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
80 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
81 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
82 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
83 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
84 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
85 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
86 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
87 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
88 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
89 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
90 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
91 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
92 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
93 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
94 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
95 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
96 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
97 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
98 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
99 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0
100 10 0 1 8 1 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3 5 1 0 1 0



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



700806
INTERCAMBIO

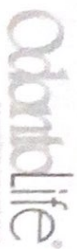
1º Registro ANS 406414	2º Data de Emissão da Guia 11/03/09	3º Data de Autocredito 21/01/09	4º Setor AUTORIZADO	5º Número da Guia Principal 9047564	6º Data Validade de Emissão 12/12/12
8º Nome da Empresa SARA CRISTINA BARATO			9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Empresa 11/03/09
12º Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento JULIA BORGES SILVA			13º Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 08/10/1996	14º Telefone () () () () () ()	15º Nome do titular do plano SARA CRISTINA BARATO
16º Atendimento a RIN JULIA BORGES SILVA		17º Nome do Profissional Societário JULIA BORGES SILVA	18º Número no CNO 138356	19º UF SP	20º Código CBO 8
21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 413191518104518131		22º Nome do Contratado Encargado JULIA BORGES SILVA	23º Número no CNO 138356	24º UF SP	25º Código CNEB
26º Nome do Profissional Encargado JULIA BORGES SILVA		27º Número no CNO 138356	28º UF SP	29º Código CBO 8	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30º Tabela	31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Dental Regio	34º Fato	35º Qtd
1	0101510101916	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

3

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Dr. Mid Bor
CRO SP 1-8350

869202



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AN



709441
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	2- Data de Emissão da Guia 12/01/09 11:21	3- Data de Autorização 12/01/09 11:21	4- Sentença AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 9075984	6- Data Validade da Guia 11/09/11 12:11
7- Dados do Beneficiário 8- Nome da Criança JOSENILDA DIVINA DA SILVA		9- Posição POS REDE PRESTADORA		10- Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	
11- Nome JOSENILDA DIVINA DA SILVA		12- Data de Emissão do Documento 16/01/1979		13- Nome do Dentista JOSENILDA DIVINA DA SILVA	
14- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento N		15- Nome do Profissional Responsável JULIA BORGES SILVA		16- Número no CNO 138356	
17- Código da Operação / CNO / CPE 4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		18- Nome do Contratado Especialista JULIA BORGES SILVA		19- Número no CNO 138356	
20- Nome do Profissional Especialista JULIA BORGES SILVA		21- Número no CNO 138356		22- Código CNO S Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1- Indica 1- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	32- Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33- Dente/Região 21 DMP	34- Arcos 1	35- Qtd 1	36- Quantidade US 12 2 0 0 0
2- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22 MP	1	1	8 8 10 0 0
3- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
4- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
5- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
6- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
7- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
8- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
9- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
10- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
11- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
12- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
13- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
14- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
15- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0					
43- Data Prescrição / Término do Tratamento					
44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência					
45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial					
46- Total Quantidade US 2 1 0 0 0					
47- Valor Total R\$ 0 0 0 0 0					
48- Total Frequência / Orçamento R\$					
49- Observações					
50- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/09 11:21					
51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/09 11:21					
52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/09 11:21					
53- Data local e Carimbo de Emissão					

Dra. Maria L. S. Silva
CRO SP 1.1.1.1.1

Dra. Maria L. S. Silva
CRO SP 1.1.1.1.1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



709449
INTERCÂMBIO

1- Agência ANS 406414	2- Data de Emissão da Guia 12/01/09 11:21	3- Data de Autorização 12/01/09 11:21	4- Autorizado AUTORIZADO	5- Série 9076025	6- Número da Guia Principal 11911211211
7- Dados do Beneficiário 1- Nome ERICK JULIANO DOS REIS 2- Data de Nascimento 11/09/1986 3- Sexo M 4- Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 5- Cidade ERICK JULIANO DOS REIS			8- Dados da Empresa 1- Nome DENTAL UNI COOPERATIVA 2- CNPJ 138356 3- UF SP 4- Endereço 138356 5- Cidade SP 6- Estado SP		
9- Dados do Prestador 1- Nome JULIA BORGES SILVA 2- CNPJ 138356 3- UF SP 4- Endereço 138356 5- Cidade SP			10- Dados do Plano 1- Nome ERICK JULIANO DOS REIS 2- CNPJ 138356 3- UF SP 4- Endereço 138356 5- Cidade SP		

11- Procedimento 31- Código do Procedimento 01085100218 32- Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33- Dente Relevo 44 34- VDO 1 35- Qtd 1 36- Quantidade US 12200 37- Valor 0,00 38- Franchisa/Co-participação R\$ 51211091211	12- Procedimento 31- Código do Procedimento 01085100218 32- Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33- Dente Relevo 44 34- VDO 1 35- Qtd 1 36- Quantidade US 12200 37- Valor 0,00 38- Franchisa/Co-participação R\$ 51211091211	13- Procedimento 31- Código do Procedimento 01085100218 32- Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33- Dente Relevo 44 34- VDO 1 35- Qtd 1 36- Quantidade US 12200 37- Valor 0,00 38- Franchisa/Co-participação R\$ 51211091211	14- Procedimento 31- Código do Procedimento 01085100218 32- Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33- Dente Relevo 44 34- VDO 1 35- Qtd 1 36- Quantidade US 12200 37- Valor 0,00 38- Franchisa/Co-participação R\$ 51211091211	15- Procedimento 31- Código do Procedimento 01085100218 32- Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33- Dente Relevo 44 34- VDO 1 35- Qtd 1 36- Quantidade US 12200 37- Valor 0,00 38- Franchisa/Co-participação R\$ 51211091211
---	---	---	---	---

16- Data Final do Tratamento 17- Tipo de Atendimento 18- Tipo de Atendimento 19- Tipo de Atendimento 20- Tipo de Atendimento 21- Tipo de Atendimento 22- Tipo de Atendimento 23- Tipo de Atendimento 24- Tipo de Atendimento 25- Tipo de Atendimento 26- Tipo de Atendimento 27- Tipo de Atendimento 28- Tipo de Atendimento 29- Tipo de Atendimento 30- Tipo de Atendimento 31- Tipo de Atendimento 32- Tipo de Atendimento 33- Tipo de Atendimento 34- Tipo de Atendimento 35- Tipo de Atendimento 36- Tipo de Atendimento 37- Tipo de Atendimento 38- Tipo de Atendimento 39- Tipo de Atendimento 40- Tipo de Atendimento 41- Tipo de Atendimento 42- Tipo de Atendimento 43- Tipo de Atendimento 44- Tipo de Atendimento 45- Tipo de Atendimento 46- Tipo de Atendimento 47- Tipo de Atendimento 48- Tipo de Atendimento 49- Tipo de Atendimento 50- Tipo de Atendimento 51- Tipo de Atendimento 52- Tipo de Atendimento 53- Tipo de Atendimento 54- Tipo de Atendimento 55- Tipo de Atendimento 56- Tipo de Atendimento 57- Tipo de Atendimento 58- Tipo de Atendimento 59- Tipo de Atendimento 60- Tipo de Atendimento 61- Tipo de Atendimento 62- Tipo de Atendimento 63- Tipo de Atendimento 64- Tipo de Atendimento 65- Tipo de Atendimento 66- Tipo de Atendimento 67- Tipo de Atendimento 68- Tipo de Atendimento 69- Tipo de Atendimento 70- Tipo de Atendimento 71- Tipo de Atendimento 72- Tipo de Atendimento 73- Tipo de Atendimento 74- Tipo de Atendimento 75- Tipo de Atendimento 76- Tipo de Atendimento 77- Tipo de Atendimento 78- Tipo de Atendimento 79- Tipo de Atendimento 80- Tipo de Atendimento 81- Tipo de Atendimento 82- Tipo de Atendimento 83- Tipo de Atendimento 84- Tipo de Atendimento 85- Tipo de Atendimento 86- Tipo de Atendimento 87- Tipo de Atendimento 88- Tipo de Atendimento 89- Tipo de Atendimento 90- Tipo de Atendimento 91- Tipo de Atendimento 92- Tipo de Atendimento 93- Tipo de Atendimento 94- Tipo de Atendimento 95- Tipo de Atendimento 96- Tipo de Atendimento 97- Tipo de Atendimento 98- Tipo de Atendimento 99- Tipo de Atendimento 100- Tipo de Atendimento

2



16-Atendimento a RH		17- Nome do Profissional Solicitante		18- Número no CNPJ		19- UF		20- Código SBC		025 - Faturar Empresa
N		JULIA BORGES SILVA		138356		SP				
21- Código na Operação (CNAE) CNAE		22- Nome do Contratado Externo		23- Número no CNPJ		24- UF		25- Código CNAE		
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3		JULIA BORGES SILVA		138356		SP				
26- Nome do Profissional Externo		27- Número no CNPJ		28- UF		29- Código CNAE				
JULIA BORGES SILVA		138356		SP						

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AN°



704198
INTERCAMBIO

1- Angulo Ano 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/05/2019	4- Data de Autuação 11/05/2019	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 9059534	7- Data Válida da Série 11/05/2019
8- Nome do Beneficiário EDSON SILVA DOS SANTOS			9- Posição POS REDE PRESTADORA	10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11- Data Válida da Carteira 11/05/2019
12- Nome EDSON SILVA DOS SANTOS			13- Data 25/11/1968	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano EDSON SILVA DOS SANTOS
16- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA			17- Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA	18- Número no CNO 138356	19- UF SP
20- Nome do Profissional Execuinte JULIA BORGES SILVA			21- Código da Operadora / CNPJ / CNF 4391581045863	22- Número no CNO 138356	23- UF SP
24- Nome do Profissional Execuinte JULIA BORGES SILVA			25- Código CNO B 025	26- Código CNO S Faturar Empresa	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Frango	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frango/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia 42- Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			11/05/2019	504
2	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
3	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
4	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
5	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
6	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
7	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
8	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
9	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
10	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
11	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
12	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
13	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
14	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504
15	00	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/05/2019	504

43- Data Previsto Término do Tratamento 11/05/2019	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidades US 174,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Frango / 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 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) (ou/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.								
49- Observações								
50- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2019						51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2019	52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2019	53- Data local e Carimbo da Empresa 11/05/2019

Dra. Julia Borges
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgião Dentista
CRO SP 138356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



704451
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/05/09 11:21	4- Data de Autorização 11/05/09 11:21	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 9059571	7- Data Validade da Sentença 11/04/11 12:11
---------------------------	--	--	---------------------------	--	--

8- Número da Carteira 0102025418384000010101	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 MARCIO GONCALVES DA SILVA	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano MARCIO GONCALVES DA SILVA
---------------------------------------	-------------------------------	---

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

21- Código da Operadora / CNPJ / CNP 431958045863	22- Nome do Contratado Excepcional JULIA BORGES SILVA	23- Número no CNO 138356	24- UF SP	25- Código CBO S
--	--	-----------------------------	--------------	------------------

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

30- Item	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangível/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia 2- Assinatura
1	001	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00				
2	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
3	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
4	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
5	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
6	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
7	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
8	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
9	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
10	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
11	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
12	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
13	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
14	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				
15	008	PROFILAXIA POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00				

42- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontorria 4- Urgência/Emergência	43- Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	44- Total Quantitativo US 174,00	45- Valor Total R\$ 0,00	46- Total Frangível / 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) acima e por mim assinado(s) foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

47- Observação	48- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante JULIA BORGES SILVA	49- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/09 11:21	50- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARCIO GONCALVES DA SILVA	51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista JULIA BORGES SILVA	52- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista MARCIO GONCALVES DA SILVA	53- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista MARCIO GONCALVES DA SILVA
----------------	--	---	--	---	--	--

244

704491
INTERCÂMBIO

468

1000

41. *Meliponini* da *Criquet* 4.2. Aus

25 15

1

[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]

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

48- Total Frequencies / Co-participations: _____

ente e arcar com os custos p
que assina esse documento

1000

--	--

11

[illegible]Faturar Empresa

42. Ausdrückung
 1. $\frac{1}{2} \text{ m}$
 2. $\frac{1}{2} \text{ m}$
 3. $\frac{1}{2} \text{ m}$
 4. $\frac{1}{2} \text{ m}$
 5. $\frac{1}{2} \text{ m}$

ustos previstos en
umento, os valore

361101211

242



INTERCÂMBIO

[illegible]

[Handwritten signature]

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 ____/____/____

700709
INTERCÀMBIO[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Descrição	33-Dente/Região	34-4 Kev	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Tarquetax/Co-participação R\$	39-Mat.	40-Custo de Realização	41-Matéria de Oclusão	42-Ausultação
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
6-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
7-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
8-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
9-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
10-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
11-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
12-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
13-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
14-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
15-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
16-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
17-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
18-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
19-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
20-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
21-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
22-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
23-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
24-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
25-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
26-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
27-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
28-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
29-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
30-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
31-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
32-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
33-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
34-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
35-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
36-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
37-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
38-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
39-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
40-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
41-1	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
42-1	0	8	4									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confesso, acima apresentados, aceitar e autorizar a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos no presente documento, os valores contrários. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) informo voluntariamente (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-Observing

50-Dados legal e Assinatura do Conselho-Diretoria Sócios

11/10/2021

51-Dados local e Assinatura do Conselho-Diretoria

11/10/2021

52-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/10/2021

53-Dados local e Campo da Empresa

11/10/2021

246

700728
INTERCÂMBIO

5-Plano
POS REDE PRESTADORA

15-Norma do Brasil do piano
CARLOS RODRIGUES PEREIRA

025 - Faturar Empresa

...

27-Numero no CRO
138356

38-Franquês/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Cisão	42-Assinatura

14/09/21 x

5 14 09 21 8 CAG

S 14 09 21 XAR

2	1	0	7	2	8
---	---	---	---	---	---

[illegible][illegible]

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

[illegible][illegible]

em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os va

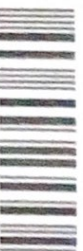
[illegible]

E " E "



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ME



700855
INTERCÂMBIO

406414

13/01/2011

13/01/2011

AUTORIZADO

9047655

12/11/2011

0020253806050000101

POS REDE PRESTADORA

16/01/1979

DENTAL UNI COOPERATIVA

JOSENILDA DIVINA DA SILVA

JOSENILDA DIVINA DA SILVA

JOSENILDA DIVINA DA SILVA

JULIA BORGES SILVA

JULIA BORGES SILVA

JULIA BORGES SILVA

JULIA BORGES SILVA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



676809
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/3/10/8/12/1	3-Data de Aterramento 12/3/10/8/12/1	4-Santa AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8975782	6-Data Validade da Bateria 12/1/11/1/2/1
7-Data Validade da Bateria 12/1/11/1/2/1					
8-Número do Contrato 10/02/02/5/4/0/9/2/5/2/0/0/0/0/1/0/1					
9-Nome ERICK JULIANO DOS REIS					
10-Data de Emissão da Guia 11/09/1986					
11-Data Validade da Carteira 12/1/11/1/2/1					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ERICK JULIANO DOS REIS					
14-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA					
15-Nome do titular do plano ERICK JULIANO DOS REIS					
16-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA					
17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BORGES SILVA					
18-Número no CNIO 138356					
19-UF SP					
20-Código CBO 8 025 -					
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 138356					
22-Nome da Operadora JULIA BORGES SILVA					
23-Número no CNIO 138356					
24-UF SP					
25-Código CNES Enviar - RX					
26-Nome da Profissional Escusante JULIA BORGES SILVA					
27-Número no CNIO 138356					
28-Código CBO 8 025 -					

30-Tabula	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-Depto da Guia	42-Valor
1	00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6.1.0.0.0	0.0.0.0	5.1.4.0.9.1.2.1	11/09/2010	5.1.4.0.9.1.2.1	5.1.4.0.9.1.2.1
2	00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VM	1	8.8.0.0.0	0.0.0.0	5.1.4.0.9.1.2.1	11/09/2010	5.1.4.0.9.1.2.1	5.1.4.0.9.1.2.1
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Fim do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Fracionamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franchia / Co-participação R\$												

Dra. Juliana Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP 1.10351



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



688879
INTERCÂMBIO

1-Região: 40814	2-Data de Emissão: 01/10/2011	3-Data de Autorização: 01/10/2011	4-Autorizado: 9013477	5-Plano de Seguro: 9013477	6-Data de Validade do Seguro: 30/01/2012
7-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
8-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
9-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
10-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
11-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
12-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
13-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
14-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
15-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
16-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
17-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
18-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
19-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
20-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
21-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
22-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
23-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
24-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
25-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
26-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
27-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
28-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
29-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
30-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
31-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
32-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
33-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
34-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
35-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
36-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
37-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
38-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
39-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
40-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
41-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
42-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
43-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
44-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
45-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
46-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
47-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
48-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
49-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					
50-Data de Emissão do Documento: 01/10/2011					

Diretor
Cirurgião
CRO SP

Diretor
Cirurgião
CRO SP

22

694524
INTERCÂMBIO

2016

4. Medicine on Census 47-Aug-2000

2011 x 10

—

—

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

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]

49-1001	Prinquas / Co-Prinquas
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

que assim a esse documento

100

10

24

675876
INTERCÂMBIO12-Nunaro do Caribé Marçal do Souto

15-Normas do Tribunal do plêneo
JULIANA SOARES PICHIM

Familar Ellipse

3.4

0111110

_____S_____

[illegible]

1111

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

1111

1111

1111

1111

11	12
----	----

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

...minha conta, ao profiss...

da, local e Carimbo da Empresa

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

245



INTERCAMBIO

Dr. Julia Borges
Cirurgia Dentista
CRM 1356