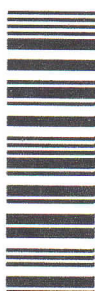


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 13/11/01015/12/11	4-Data de Autorização 11/11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número do Guia Principal 569432	7-Data Validade da Senha 12/9/11018/12/11
--------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

569432
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 10102102151376321010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANDRESSA BARRETO DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do Plano ANDRESSA BARRETO DA SILVA
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	18-Número no CRO 73946	19-UF SP	20-Código CRO S	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 115821345168671111	22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	23-Número no CRO 73946	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	27-Número no CRO 73946	28-UF SP	29-Código CRO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	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	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,10	0,00		N	13/11/05	14211	X Andressa
2-0	01815200034	TRATAMENTO EM	27	1	1	8,10	0,00		N	13/11/05	14211	X Andressa
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,10	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,11
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra Vivian Carla C. Neiva Cirurgiã Dentista CROSP 73.946 Estética Orolabial	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/05/14 BILLY RILIX Andressa B. Bore	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/05	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 569509	7-Data Validade da Senha 12/01/08
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

569509
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202151105510601175041011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome VALERIA APARECIDA SARTORELLI	22/04/1968	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano VALERIA APARECIDA SARTORELLI
---	------------	------------------------------	---

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	18-Número no CRO 73946	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1158213456867	22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	23-Número no CRO 73946	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	27-Número no CRO 73946	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010	811010101571	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		11	134100	0,00	0,00		N	13/05/12		
2-1010	81520000341	TRATAMENTO EM	37	11	181010	0,00	0,00		N	13/05/12		
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 Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/12 Dra. Vivian Carla C. Neiva Cirurgiã Dentista CRO-SP-73.946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/12 Valéria Aparecida Sartorelli	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---

Estética Orofacial

2-N^e566730
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão n	11-Data Validade da Carteira	10-Empresa	9-Plano	8-Número da Carteira
-----------------------	------------------------------	------------	---------	----------------------

POS REDE PRESTADORA02/0A CLAVISIO NEIVA

33-Dente/Região 34-F

48 11

150

1

1101

1

—

100

1133

diolítico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

...previsto all'articolo 1.

Estética

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/06/10 4- Data de Autorização 11/11/11 5- Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6- Número da Guia Principal 565111 7- Data Validade da Sentença 12/14/10 8- Número de Cartão Nacional de Saúde 12/11/21

565111
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 10/02/02 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 PATRICIA APARECIDA DOS SANTOS 23/08/1983 14- Telefone () - - - - - 15- Nome do titular do plano PATRICIA APARECIDA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN N 17- Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 115823456867

22- Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

26- Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- F- ace	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	8	1	0	0	0	5	7				
2- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
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- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 4 2 1 0 0

47- Valor Total R\$ 10 1 0 1 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 Cirurgião-Dentista Solicitante 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Cirurgião-Dentista CRO SP 73.946 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Cartão da Empresa

Dr. Vivian Carla C. Neiva
Cirurgião-Dentista CRO SP 73.946
Especialista Otorrinolaringológica

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 12/8/10 5/12/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 568093 7-Data Validade da Senha 12/6/10 8/12/11

568093
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 5/3/8 5/05/20/00/01/01 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAISA JULIA VITORINO DA SILVA 14-Telefone (11) 17/12/1997 15-Nome do Titular do Plano LAISA JULIA VITORINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alimentação a RN VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 18-Número no CRO 73946 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15/8/23/45/6/8/6/7 22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 23-Número no CRO 73946 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 27-Número no CRO 73946 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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1	0	0	8	1	0	0	0	5	7					
2-1	0	0	8	5	2	0	0	3	4					
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 Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$									
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial												

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 as custas previstas 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 este 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa