



1-Registro ANS 40614 3-Dados de Emissão da Guia 12/6/10 3/12/11 4-Data de Autenticação 13/1/10 3/12/11 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8427902 7-Data Validação da Serina 12/4/10 6/12/11

Dados do Beneficiário

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

13-Nome CASSIA POLLIANA DO AMARAL MENDES

14-Telefone 15/07/1985 15-Nome do titular do plano CASSIA POLLIANA DO AMARAL MENDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA 18-Número no CRO 10308 19-UF DF 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 10/3/2/7/7/2/6/9/1/1/6/1/1 22-Nome do Contratado Exequente MAYARA LIMA SANTOS 23-Número no CRO 10308 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exequente MAYARA LIMA SANTOS 27-Número no CRO 10308 28-UF DF 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1. Índice	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cita	42- Assinatura
1- 0 0	1 8 1 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3 4	10 0	0	0	0	1	31/03/11
2- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
3- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
4- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
5- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
6- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
7- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
8- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
9- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
10- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
11- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
12- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
13- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
14- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11
15- 0 0	1 8 5 3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6	10 0	0	0	0	1	31/03/11

43-Data Prescrição Termo do Tratamento 31/03/11 44-Tipo de Assentimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial 46-Total Quantidade US 1 7 8 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 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), 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-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/11 Dr. Mayara Lima Santos 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/11 Dr. Mayara Lima Santos 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 31/03/11 Cássia Polliana do Amaral Mendes 53-Data, local e Assinatura da Empresa 31/03/11 Smiles Clínica Odontológica LTDA

Dr. Mayara Lima Santos
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 10.308

Dr. Mayara Lima Santos
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 10.308

Smiles Clínica Odontológica LTDA
CNPJ 06.908.000/0001-93

2-N



Dados do Beneficiário

	CENIRA MARIA MARTINS	()-()- 	14-leilões 13/11/1977
c)-nome do titular do plano	CENIRA MARIA MARTINS		

16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 10308	19-UF DF	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Emopresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 003277269116		22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS		23-Número no CRO 10308		24-UF DF		25-Código CNES		Enviar - RX (f) 85200166-21
26-Nome do Profissional Executante MAYARA LIMA SANTOS				27-Número no CRO 10308		28-UF DF		29-Código CBO S		

Piano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabella	31-Colloquio di Precedimento	32-Descrizione	33-Denote/Regio	34-Face	35-Clit	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cot-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-As
1-0-0-0	8-5-2-0-0-1-6-6	TRATAMENTO ENDODONTICO	21	1	2-5-8-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	5-25-03-21			2

[illegible]

43-Data Província 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		.				
47-Valor Total R\$		.				
48-Total Franquia / Co-participação						

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 contido. 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 este documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

48 - Observações	
50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2011 Maurício Lima Santos Cirurgião-Dentista 10-308
51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2011 Maurício Lima Santos Cirurgião-Dentista 10-308
52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	25/10/2011 Maurício Lima Santos Beneficiário / Responsável 10-308
53 - Data, local e Companhia de Empresa	25/10/2011 Maurício Lima Santos Companhia de Empresa 10-308

Dr. Márcia Lima Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 10.323

12510511211

15-Dia: Izel e Associação do Cirurgião-Dentista

Dr. Márcia Lima Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 10.323

mona m^a
m antano

Sinclair Optometric Ltd

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

248



1-Registro AIS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/09/10 3/12/11 4-Data de Autorização 11/06/10 3/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8368885 7-Data Validação da Guia 10/07/10 6/12/11 494410 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 2/5/3/4/9/2/10/6/0/0/0/0/1/0/3/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAVI MENDES MENEZES

14-Telefone () - - - - -

03/05/2012

15-Nome do titular do plano SUELLEN FERNANDA DE SOUSA MENDES MENEZES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA 18-Número no CRO 10308 19-UF DF 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNO / CPF 10/32/77/2/6/9/1/1/6/ 22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS 23-Número no CRO 10308 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MAYARA LIMA SANTOS 27-Número no CRO 10308 28-UF DF 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 1 0 0 1 9 6	23	P	1	6 1 1 0 0	0,00	51,60	03/12/11	Suellen		
2-0	0	8 5 1 1 0 0 1 5 3	74	MDO	1	1 2 2 1 0 0	0,00	51,60	03/12/11	Suellen		
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												

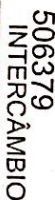
43-Dia Prescrição Termino do Tratamento 11/03/12 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial 46-Total Quantidade US 1 8 3 1 0 0 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchisa / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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(a) 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-Direito Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/12 10:308 51-Direito Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/12 10:308 52-Direito Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/12 53-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 54-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 55-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 56-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 57-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 58-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 59-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 60-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 61-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 62-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 63-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 64-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 65-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 66-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 67-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 68-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 69-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 70-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 71-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 72-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 73-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 74-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 75-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 76-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 77-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 78-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 79-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 80-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 81-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 82-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 83-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 84-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 85-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 86-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 87-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 88-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 89-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 90-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 91-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 92-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 93-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 94-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 95-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 96-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 97-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 98-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 99-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12 100-Direito Local e Assinatura da Empresa 11/03/12

2-N-



Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100226

12-Asimiyat

19-Observação

12/1/2019

Dr. Mayara
Cirurgiã-Dentista
CRO-DF 10.208

Dr. M. Magagnoli
Cirurgia-Dentista
CRO-DF 10-208

Smiles Clinical Orthodontics, LTD.
Call 1.317.151.6349 ext 15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



476115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/02/2011 4-Data de Autorização 10/01/03/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8296148 7-Data Validade da Guia 11/03/05/2011

8-Número da Carteira 10102025349568000001011 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 CARDOSO GRISOLIA 07/07/1961 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano PATRICIA CARDOSO GRISOLIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA 18-Número no CRO 10308 19-UF DF 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103277269116 22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS 23-Número no CRO 10308 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MAYARA LIMA SANTOS 27-Número no CRO 10308 28-UF DF 29-Código CBO S

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 Guia	42-Assinatura
1-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	1,22	10,10			10/03/2011		
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,10	10,10			10/03/2011		
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,10	10,10			10/03/2011		
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,10	10,10			10/03/2011		
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,10	10,10			10/03/2011		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/2011 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 36610,10 47-Valor Total R\$ 1010,10 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/2011 Dr. Mayara Lima Santos CRO-DF-10.308 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/2011 Dr. Mayara Lima Santos CRO-DF-10.308 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 01/03/2011 x 53-Data local e Cópia da Empresa 01/03/2011 Smiles Clínica Odontológica LTDA CAP 03.151.0000001-15