



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

|                                                                                                 |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br><b>406414</b>                                                                 |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>  0   4   /   0   6   /   2   1 |  | 4-Data de Autuação<br>  0   1   2   /   0   7   /   2   1 |  | 5-Sineta<br><b>AUTORIZADO</b> |  | 6-Número da Guia Principal<br><b>8663052</b> |  | 7-Data Validade da Sineta<br>  0   2   /   0   9   /   2   1 |  | <b>573590</b><br><b>INTERCÂMBIO</b> |  |
| Dador do Benefício                                                                              |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 8-Número da Carteira<br>  0   0   2   0   2   5   3   0   5   7   0   0   0   0   0   1   0   1 |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 9-Plano<br><b>POS REDE PRESTADORA</b>                                                           |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 10-Empresa<br><b>DENTAL UNI COOPERATIVA</b>                                                     |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 11-Data Validade da Carteira<br>      /       /                                                 |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                                           |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 13-Nome<br><b>CARLA PATRICIA ROSSI DE ALMEIDA</b>                                               |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 14-Telefone<br>(     )       -                                                                  |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 15-Nome do titular do plano<br><b>CARLA PATRICIA ROSSI DE ALMEIDA</b>                           |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |
| 26/07/1969                                                                                      |  |                                                              |  |                                                           |  |                               |  |                                              |  |                                                              |  |                                     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                     |  |                  |  |                 |  |                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|-----------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                     |  |                                     |  |                  |  |                 |  |                       |  |
| 16-Alimentação a RN                                                                                                                                                                                                                                 |  | 17-Nome do Profissional Solicitante |  | 18-Número no CRO |  | 19-UJF          |  | 20-Código CBO S       |  |
| N                                                                                                                                                                                                                                                   |  | VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA       |  | 125460           |  | SP              |  | 01                    |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF                                                                                                                                                                                                                 |  | 22-Nome do Contratado Executante    |  | 23-Número no CRO |  | 24-UJF          |  | 25-Código CNES        |  |
| 1191102151696104                                                                                                                                                                                                                                    |  | LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES          |  | 21354            |  | SP              |  | 7240031               |  |
| 26-Nome do Profissional Executante                                                                                                                                                                                                                  |  | 27-Número no CRO                    |  | 28-UJF           |  | 29-Código CBO S |  | 30-Data de Nascimento |  |
| LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                                                                                                                                                                                          |  | 21354                               |  | SP               |  | 09              |  | 025 -                 |  |
| Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA, |  |                                     |  |                  |  |                 |  |                       |  |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                       |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|------------------|----------|---------|----------------|-----------|----------------------------------|---------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| 30- Tabela                                                                                                                            | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição          | 33- Dente/Região | 34- Face | 35- Old | 36- Quantidade | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização              | 41- Motivo da Glosa          | 42- Assinatura                                    |
| 1- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5                                                                                                              |                            | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                  |          | 1       |                | 7 8 0 0   | 0 0 0                            | S       | 13/07/21                            |                              | <i>C. Mendes</i>                                  |
| 2- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 3- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 4- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 5- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 6- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 7- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 8- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 9- _____                                                                                                                              |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 10- _____                                                                                                                             |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 11- _____                                                                                                                             |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 12- _____                                                                                                                             |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 13- _____                                                                                                                             |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 14- _____                                                                                                                             |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 15- _____                                                                                                                             |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         |                                     |                              |                                                   |
| 43- Data Revisão: _____, _____/_____/_____<br>44- Tipo de Atendimento: _____<br>45- Tipo de Faturamento: _____<br>1- Total 2- Parcial |                            |                        |                  |          |         |                |           |                                  |         | 46- Total Quantidade: US<br>7 8 0 0 | 47- Valor Total R\$<br>0 0 0 | 48- Total Franquia / Co-participação R\$<br>0 0 0 |

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

Dr. Luiz Carlos de Azevedo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa



[illegible]

2-Nº

562220  
INTERCÁMBIO

|                                                                                                                |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                       |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/04/2015                             |  | 4-Data de Autorização<br>12/08/2015  |  | 5-Sentia<br>AUTORIZADO              |  | 6-Número da Guia Principal<br>8624246 |  | 7-Data Validade da Sentia<br>12/12/2018           |  | 562220<br>INTERCÂMBIO |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 8-Número da Carteira<br>0101020215381590000000101                                                              |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                      |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |                                                   |  |                       |  |
| 13-Nome<br>KATIA NUNES CAETANO                                                                                 |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 14-Atendimento a RN<br>N                                                                                       |  | 15-Nome do Profissional Solicitante<br>CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA |  | 16-Número no CRO<br>21354            |  | 17-UF<br>SP                         |  | 18-Código CBO S<br>09                 |  | 19-Valor<br>025 -                                 |  |                       |  |
| 20-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11911012569604                                                          |  | 21-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES      |  | 22-Número no CRO<br>21354            |  | 23-UF<br>SP                         |  | 24-Código CBO S<br>25                 |  | 26-Valor<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405           |  |                       |  |
| 27-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                               |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 30-Tabela<br>31-Código do Procedimento                                                                         |  | 32-Descrição                                                        |  | 33-Dente/Região                      |  | 34-Face                             |  | 35-Qtd                                |  | 36-Quantidade US                                  |  |                       |  |
| 1- 01081100004015                                                                                              |  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                              |  | 1                                    |  | 78100                               |  | 37-Valor                              |  | 38-Franquia/Co-participação R\$                   |  |                       |  |
| 2- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 39-Aut 40-Data de Realização                      |  |                       |  |
| 3- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura                  |  |                       |  |
| 4- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 5- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 44-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 6- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 45-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 7- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 46-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 8- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 47-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 9- /                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 48-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 10- /                                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 11- /                                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 12- /                                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 13- /                                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 14- /                                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 15- /                                                                                                          |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  | 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |  |                       |  |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial                                                                  |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 46-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial                                                                  |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 47-Valor Total R\$                                                                                             |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                        |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 49-Observação                                                                                                  |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                              |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                              |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                              |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                              |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |
| 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                              |  |                                                                     |  |                                      |  |                                     |  |                                       |  |                                                   |  |                       |  |



1682834



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

|                                                                                                            |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                   |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/05 |  | 4-Data de Autorização<br>10/07/06 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO |  | 6-Número da Guia Principal<br>8631736 |  | 7-Data Validade da Senha<br>12/08/11 |  | 564417<br>INTERCÂMBIO |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                      |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 8-Número da Carteira<br>101020253571800000001011                                                           |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                             |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                       |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                                                                   |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                      |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 13-Nome<br>LUZIVANIA DE JESUS CRUZ                                                                         |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 14-Telefone<br>(11) 11111111                                                                               |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 15-Nome do Titular do plano<br>LUZIVANIA DE JESUS CRUZ                                                     |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                   |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA                                       |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1191102569604                                                       |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                             |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                           |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 27-Número no CRO<br>21354                                                                                  |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 28-UF<br>SP                                                                                                |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 29-Código CBO S<br>09                                                                                      |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 25-Código CNES<br>7240031                                                                                  |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 24-UF<br>SP                                                                                                |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 20-Código CBO S<br>01                                                                                      |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 19-UF<br>SP                                                                                                |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 18-Número no CRO<br>125460                                                                                 |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 23-Número no CRO<br>21354                                                                                  |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 29-Código CBO S<br>09                                                                                      |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0,00                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 39-Aut<br>29/06/21                                                                                         |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 40-Data de Realização<br>29/06/21                                                                          |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura<br>Luiz Carlos Ferreira Pires                                          |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 30-Tabela                                                                                                  |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 31-Código do Procedimento                                                                                  |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                     |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 33-Dente/Região                                                                                            |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 34-Face                                                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 35-Qtd                                                                                                     |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 36-Quantidade US                                                                                           |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 37-Valor                                                                                                   |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 43-Data de Realização do Tratamento<br>29/06/21                                                            |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 46-Total Quantidade US<br>78,00                                                                            |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                 |  |                                       |  |                                   |  |                       |  |                                       |  |                                      |  |                       |  |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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/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 Dentista Solicitante<br>29/06/21 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/06/21 |  | 52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável<br>29/06/21 |  | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>29/06/21 |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|

Luiz Carlos Ferreira Pires



15/07/2014



tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

567793  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/08/2014                              |  | 4-Data de Autorização<br>10/07/2014         |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                    |  | 6-Número da Guia Principal<br>8643775 |  | 7-Data Validade da Senha<br>12/08/2014          |  |
| Dados do Beneficiário                                            |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 8-Número da Carteira<br>010120253688760000102                    |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                       |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA        |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |                                                 |  |
| 13-Nome<br>LUCIA HELANA DE OLIVEIRA MODESTO                      |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                     |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>JESSICA DE OLIVEIRA MODESTO       |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA |  | 18-Número no CRO<br>21354                   |  | 19-UF<br>SP                              |  | 20-Código CBO S<br>09                 |  | 225 - Faturar Empresa                           |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11911012569604            |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES       |  | 23-Número no CRO<br>21354                   |  | 24-UF<br>SP                              |  | 25-Código CNES                        |  | Enviar - RX<br>(1) 81000405                     |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES |  | 27-Número no CRO<br>21354                                            |  | 28-UF<br>SP                                 |  | 29-Código CBO S                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                  |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 30-Tabola                                                        |  | 31-Código do Procedimento                                            |  | 32-Descrição                                |  | 33-Dente/Região                          |  | 34-Face                               |  | 35-Qtd                                          |  |
| 1-0018100405                                                     |  |                                                                      |  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                      |  |                                          |  |                                       |  | 1                                               |  |
| 2-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 3-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 4-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 5-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 6-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 7-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 8-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 9-                                                               |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 10-                                                              |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 11-                                                              |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 12-                                                              |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 13-                                                              |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 14-                                                              |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 15-                                                              |  |                                                                      |  |                                             |  |                                          |  |                                       |  |                                                 |  |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>07/10/2014             |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico                  |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>7800           |  | 47-Valor Total R\$<br>0000            |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0000 |  |

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 Solicitante<br>11/11/11 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/11 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/10/2014 Lucia Modesto |  | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>07/10/2014 Dr. Luiz C. Ferreira Pires |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|

CRO-21354





## 2-№



576621

INTERCÂMBIO

|                                                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  |                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| -Registro ANS<br>406414                                                        |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>00/08/00/06/02/01 |  | 4-Data de Autorização<br>01/01/00/06/02/01 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO<br>8672259 |  | 6-Número da Guia Principal<br>00/06/00/09/02/01 |  | 7-Tipo de Serviço<br>INTERCAMBIO                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário                                                          |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8-Número da Carteira<br>00/02/00/25/01/05/00/06/00/09/02/06/00/01              |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12-Nome<br>ALESSANDRO PEREIRA LIONELLO                                         |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 13-Data<br>11/05/1972                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                       |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>01/91/01/25/69/60/4                     |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES               |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 27-Número no CRO<br>21354                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1-00/08/01/00/04/05                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 2-RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 3-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 4-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 5-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 6-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 7-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 8-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 9-00/00/00/00/00/00                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9-00/00/00/00/00/00                                                            |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 10-00/00/00/00/00/00                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10-00/00/00/00/00/00                                                           |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 11-00/00/00/00/00/00                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11-00/00/00/00/00/00                                                           |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 12-00/00/00/00/00/00                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12-00/00/00/00/00/00                                                           |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 13-00/00/00/00/00/00                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13-00/00/00/00/00/00                                                           |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 14-00/00/00/00/00/00                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14-00/00/00/00/00/00                                                           |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 15-00/00/00/00/00/00                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/06/01                             |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial                                  |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 46-Total Quantidade US<br>7800                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47-Valor Total R\$                                                             |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante                  |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/06/01/06/02/01 |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>11/06/01/06/02/01                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 54-Observação                                                                  |  |                                                |  |                                            |  |                                  |  |                                                 |  | 55-Observação                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





Indicação para você sorrir

1607894

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

|                                                                  |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/2011                              |  | 4-Data de Autorização<br>08/10/2011                |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 |  | 6-Número da Guia Principal<br>8674422                          |  | 7-Data Validade da Senha<br>06/10/2011  |  | 577274<br>INTERCÂMBIO             |  |
| 8-Número da Carteira<br>0020253778270000000101                   |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                       |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA               |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11              |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |                                         |  |                                   |  |
| 13-Nome<br>ROSIMAR SILVA SILVA                                   |  | 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                         |  | 15-Nome do titular do plano<br>ROSIMAR SILVA SILVA |  | 16-Número no CRO<br>125460                            |  | 17-UF<br>SP                                                    |  | 025 -                                   |  |                                   |  |
| 18-Número do Profissional Solicitante<br>N                       |  | 19-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA |  | 20-Código CBO S<br>01                              |  | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11911025691604 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES |  | 23-Número no CRO<br>21354               |  | 24-UF<br>SP                       |  |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES |  | 26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                   |  | 27-Número no CRO<br>21354                          |  | 28-UF<br>SP                                           |  | 29-Código CBO S<br>09                                          |  | 25-Código CNES<br>7240031               |  |                                   |  |
| 30-1-Abela                                                       |  | 31-Código do Procedimento                                            |  | 32-Descrição                                       |  | 33-Dente/Região                                       |  | 34-Face                                                        |  | 35-Cid                                  |  | 36-Quantidade US                  |  |
| 1-0001811000405                                                  |  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                               |  | 1                                                  |  | 78100                                                 |  | 0100                                                           |  | 39-Aut                                  |  | 40-Data de Realização<br>10/06/11 |  |
| 2-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 3-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 4-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 5-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 6-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 7-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 8-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 9-                                                               |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 10-                                                              |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 11-                                                              |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 12-                                                              |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 13-                                                              |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 14-                                                              |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 15-                                                              |  |                                                                      |  |                                                    |  |                                                       |  |                                                                |  |                                         |  |                                   |  |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>10/06/11               |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico                 |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial      |  | 46-Total Quantidade US<br>78100                       |  | 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 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 Solicitante  
10/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
10/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
10/11/11

53-Data, local e Assinatura da Empresa  
10/11/11





## 2-Nº



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                         |  |                                                                      |  |                       |  |                                          |  |                                        |  |                                         |  |                                             |  |                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/09/2016 |  | 4-Data de Autorização<br>10/09/2016                                  |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO |  | 6-Número da Guia Principal<br>8679585    |  | 7-Data Validade da Senha<br>10/09/2017 |  | 578770<br>INTERCÂMBIO                   |  |                                             |  |                                  |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                         |  |                                                                      |  |                       |  |                                          |  |                                        |  |                                         |  |                                             |  |                                  |  |
| 8-Número da Carteira<br>100202025105506013657011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                       |  |                       |  | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA   |  |                                        |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde   |  |                                             |  |                                  |  |
| 13-Nome<br>ANA ALICE FEITOSA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                         |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                             |  |                       |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |  |                                        |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde   |  |                                             |  |                                  |  |
| Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                         |  |                                                                      |  |                       |  |                                          |  |                                        |  |                                         |  |                                             |  |                                  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA |  |                       |  | 18-Número no CRO<br>125460               |  |                                        |  | 19-UF<br>SP                             |  |                                             |  |                                  |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>119102569604                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                         |  | 22-Nome do Contratado/Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES       |  |                       |  | 23-Número no CRO<br>21354                |  |                                        |  | 24-UF<br>SP                             |  |                                             |  |                                  |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |  | 27-Número no CRO<br>21354                                            |  |                       |  | 28-UF<br>SP                              |  |                                        |  | 29-Código CBO S<br>09                   |  |                                             |  |                                  |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                         |  |                                                                      |  |                       |  |                                          |  |                                        |  |                                         |  |                                             |  |                                  |  |
| 30-Tabela<br>10081000405                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA  |  | 33-Dente/Região<br>1                                                 |  | 34-Face<br>35-Old     |  | 36-Quantidade US<br>7800                 |  | 37-Valor                               |  | 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0000 |  | 39-Aut<br>40-Data de Realização<br>16/06/21 |  | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |  |
| 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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 |  |                                         |  |                                                                      |  |                       |  |                                          |  |                                        |  |                                         |  |                                             |  |                                  |  |





Indicação para você sorrir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



|                                                         |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/06                                                                        | 4-Data de Autorização<br>12/11/06                       | 5-Senha<br>AUTORIZADO               | 6-Número da Guia Principal<br>8685481 | 7-Data Validade da Senha<br>08/10/19    | 580487<br>INTERCÂMBIO                   |
| Dados do Beneficiário                                   |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>0001202537813100000000101       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                               | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                    | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento         |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 13-Nome<br>LORENA APARECIDA PEREIRA                     | 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                                                                 | 15-Nome do titular do plano<br>LORENA APARECIDA PEREIRA |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA                                         | 18-Número no CRO<br>21354                               | 19-UF<br>SP                         | 20-Código CBO S<br>09                 | 21-UF<br>SP                             | 22-Código CNES<br>025 - Faturar Empresa |
| 23-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1191102156916104 | 24-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                               | 25-Número no CRO<br>21354                               | 26-UF<br>SP                         | 27-Código CBO S<br>21354              |                                         |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados         |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 30-Tabela<br>1-001345                                   | 31-Código do Procedimento<br>DOC ORTODONTICA "A"                                                             | 32-Descrição                                            | 33-Dente/Região<br>1                | 34-Face<br>1                          | 35-Qtd<br>1                             | 36-Quantidade US<br>38100               |
| 37-Valor                                                | 38-Franquia/Co-participação R\$                                                                              | 39-Aut<br>S                                             | 40-Data de Realização<br>21/06/21   | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura      |                                         |                                         |
| 1-001345                                                | DOC ORTODONTICA "A"                                                                                          |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 2-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 3-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 4-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 5-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 6-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 7-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 8-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 9-001345                                                |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 10-001345                                               |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 11-001345                                               |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 12-001345                                               |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 13-001345                                               |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 14-001345                                               |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 15-001345                                               |                                                                                                              |                                                         |                                     |                                       |                                         |                                         |
| 43-Data Previsão-Término do Tratamento<br>21/06/21      | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial             | 46-Total Quantidade US<br>38100     | 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 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 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  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável  
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

Dr. Luiz C.

Dr. Luiz C.

Dr. Luiz C.

Dr. Luiz C.

Dr. Luiz C.

Dr. Luiz C.

CRO 21354





# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
11/10/2021

4-Data de Autorização  
16/10/2021

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
8690065

7-Data Validade da Senha  
09/10/2021

8-Número da Carteira  
01020253864600000101

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  
CLAUDIA GONCALVES DA SILVA

14-Telefone  
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano  
CLAUDIA GONCALVES DA SILVA

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO  
21354

19-UF  
SP

20-Código CBO S  
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
191025691604

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23-Número no CRO  
21354

24-UF  
SP

25-Código CNES  
09

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

27-Número no CRO  
21354

28-UF  
SP

29-Código CBO S  
09

30-Data de validade da assinatura  
11/11/11

581833  
INTERCÂMBIO

025 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(1) 81000405  
(1) 81000421-RII  
(1) 81000421-RIS

| 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 0 8 1 0 0 0 4 0 5       | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                                                                                                                    |         | 1                                               | 7 8 , 0 0        |                                       | 0 , 0 0                         | S                  | 17 // 06 // 21        |                                                    | [Assinatura]  |
| 2 -                                                           | 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1       | RX PERIAPICAL          | RII                                                                                                                |         | 1                                               | 1 4 , 0 0        |                                       | 0 , 0 0                         | S                  | 17 // 06 // 21        |                                                    | [Assinatura]  |
| 3 -                                                           | 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1       | RX PERIAPICAL          | RIS                                                                                                                |         | 1                                               | 1 4 , 0 0        |                                       | 0 , 0 0                         | S                  | 17 // 06 // 21        |                                                    | [Assinatura]  |
| 4 -                                                           | 0 0 3 0 5                 | FOTOS E SLIDES         |                                                                                                                    |         | 1                                               | 2 8 , 0 0        |                                       | 0 , 0 0                         | S                  | 17 // 06 // 21        |                                                    | [Assinatura]  |
| 5 -                                                           |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 6 -                                                           |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 7 -                                                           |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 8 -                                                           |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 9 -                                                           |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 10 -                                                          |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 11 -                                                          |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 12 -                                                          |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 13 -                                                          |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 14 -                                                          |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 15 -                                                          |                           |                        |                                                                                                                    |         |                                                 |                  |                                       |                                 |                    |                       |                                                    |               |
| 43-Data, Diagnóstico, Término do Tratamento<br>17 // 06 // 21 |                           |                        | 44-Tipo de Atendimento<br>1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência |         | 45-Tipo de Faturamento<br>1 - Total 2 - Parcial |                  | 46-Total Quantidade US<br>1 3 4 , 0 0 |                                 | 47-Valor Total R\$ |                       | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0 , 0 0 |               |

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.

|                                                               |                                                   |                                            |                                            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Responsável | 53-Data, local e Assinatura do Responsável |
| 17/06/21                                                      | 17/06/21                                          | 17/06/21                                   | 17/06/21                                   |

Dr. Luiz S. [Assinatura]



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

576729  
INTERCÂMBIO

|                                                                      |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/2016 | 4-Data de Autorização<br>11/10/2016  | 5-Senha<br>AUTORIZADO               | 6-Número da Guia Principal<br>8672602 | 7-Data Validade da Senha<br>06/10/2019 |
| Dados do Beneficiário                                                |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>0020253219920000001021                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>LETICIA PAULINO LOPES                                     |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                         |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 15-Nome do titular do plano<br>RENATA PAULINO DA SILVA               |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                             |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>19102569604                   |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES       |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES     |                                         |                                      |                                     |                                       |                                        |

|                                                 |                                                     |                                             |                                 |                            |                                                 |              |                           |                  |                                         |             |                                   |                                                      |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|--------------|---------------------------|------------------|-----------------------------------------|-------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| 18-Número no CRO<br>125460                      |                                                     | 19-LUF<br>SP                                | 20-Código CBO S<br>01           | 25-Código CNES<br>7240031  | 29-Código CBO S<br>09                           | 35-Qtde<br>1 | 36-Quantidade US<br>38100 | 37-Valor<br>0,00 | 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0,00 | 39-Aut<br>S | 40-Data de Realização<br>17/06/21 | 41-Motivo da Closs 42-Assinatura<br>rebecca P. Lopes |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                                                     |                                             |                                 |                            |                                                 |              |                           |                  |                                         |             |                                   |                                                      |
| 30-Tabela<br>1-001345                           | 32-Descrição<br>DOC ORTODONTICA "A"                 |                                             |                                 |                            |                                                 |              |                           |                  |                                         |             |                                   |                                                      |
| 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                                            |                                                     |                                             |                                 |                            |                                                 |              |                           |                  |                                         |             |                                   |                                                      |
| 43-Data Revisão<br>17/06/21                     | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>38100 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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/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 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/06/21 rebecca P. Lopes | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/06/21 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>17/06/21 |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

605728  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/12/10 17/12/11                                                               |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                 |  | 6-Número da Guia Principal<br>8768511                            |  | 7-Data Validade da Senha<br>13/01/10 9/12/11            |  | 2-Nº<br>605728<br>INTERCÂMBIO                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 8-Número da Carteira<br>0002020251055501600013230202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                               |  | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                                |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11                      |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 13-Nome<br>FERNANDA PEREIRA DE BARROS SANTIAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 10/05/1982                                                                                                   |  | 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                          |  | 15-Nome do titular do plano<br>FERNANDO RAFAEL FERREIRA SANTIAGO |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA                                         |  | 18-Número no CRO<br>125460                                            |  | 19-UF<br>SP                                                      |  | 20-Código CBO S<br>01                                   |  | 205 -<br>Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA, |  |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF<br>11911025696014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                               |  | 23-Número no CRO<br>21354                                             |  | 24-UF<br>SP                                                      |  | 25-Código CNES<br>7240031                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 27-Número no CRO<br>21354                                                                                    |  | 28-UF<br>SP                                                           |  | 29-Código CBO S<br>09                                            |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 30-Tabela<br>1-00181000405                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                       |  | 33-Dente/Região<br>1                                                  |  | 34-Face<br>1                                                     |  | 35-Qtd<br>1                                             |  | 36-Quantidade US<br>178000                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 37-Valor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 38-Franquia/Co-participação R\$                                                                              |  | 39-Aut                                                                |  | 40-Data de Realização<br>15/12/11                                |  | 41-Motivo da Guia 42-Assinatura<br>Ferreira             |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                  |  |                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>12/12/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                           |  | 46-Total Quantidade US<br>78000                                  |  | 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 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 Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                            |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/12/11 |  | 53-Data, local e Cartão de Entrega<br>15/12/11                   |  | 54-Data, local e Assinatura do Profissional<br>15/12/11 |  | 55-Data, local e Assinatura do Profissional<br>15/12/11                                                                                                                                                                                                      |  |





translucida nova voce corit



Data Validade da Senha

## INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8-Número da Carteira<br>0   0   2   0   2   5   3   7   2   5   0   5   0   0   0   0   1   0   1                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 23-Número no CRO<br>21354                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11-Data Validade da Carteira<br>_/_/__/_/_/                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 24-UF<br>SP                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 25-Código CNES<br>7240031                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13-Nome<br>WILLIAM EUGENIO PEREIRA                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14-Telefone<br>(_) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 27-Número no CRO<br>21354                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>WILLIAM EUGENIO PEREIRA                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 28-UF<br>SP                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 29-Código CBO S<br>09                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18-Número no CRO<br>125460                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30-Código CBO S<br>01                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19-UF<br>SP                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 31-UF<br>SP                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20-Código CBO S<br>025 -                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1   9   1   0   2   5   6   9   6   0   4   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible]

|                                          |                                                                                                                 |                                                                      |                                                   |                                               |                                                                |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 43-Data Prescrição, Número do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>_ _ _ _ 7 8 _ _ 0 _ 0 _ | 47-Valor Total R\$<br>_ _ _ _ _ _ _ _ 0 _ 0 _ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

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.

9-Observação

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirunhão-Dentista

52-Dota total e Alocutura do Beneficiário / Beneficiária

ES Data Tool - Oostvaardersplassen

Dr. Luiz C. S. Araujo Pres





602733  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/01/2016                             |  | 4-Data de Autorização<br>10/05/2017                                  |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                         |  | 6-Número da Guia Principal<br>8758976                  |  | 7-Data Validade da Senha<br>28/10/2019                 |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 8-Número da Carteira<br>0101202520394000293011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                      |  | 10-Empresa<br>PERKONS S A                                            |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>/ /           |  |                                                        |  |
| 13-Nome<br>ALAN MATHEUS MURARI GRIGOLETTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 22/02/1996                                                          |  | 14-Telefone<br>( ) - /                                               |  | 15-Nome do titular do plano<br>ALAN MATHEUS MURARI GRIGOLETTO |  |                                                        |  |                                                        |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CIRO RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA |  | 18-Número no CRO<br>21354                                            |  | 19-UF<br>SP                                                   |  | 20-Código CBO S<br>09                                  |  | 25-Código CNES<br>24-UF<br>SP                          |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11910125691604                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES      |  | 23-Número no CRO<br>21354                                            |  | 24-UF<br>SP                                                   |  | 25-Código CNES<br>28-UF<br>SP                          |  | 29-Código CBO S<br>21354                               |  |
| Dados do Profissional Executante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                              |  | 33-Dente/Região<br>1                                                 |  | 34-Face<br>1                                                  |  | 35-Qtd<br>1                                            |  | 36-Quantidade US<br>78,00                              |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 30-Tabela<br>1-00181101004015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 31-Código do Procedimento                                           |  | 37-Valor<br>0,00                                                     |  | 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0,00                       |  | 39-Aut<br>S                                            |  | 40-Data de Realização<br>09/07/21                      |  |
| 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>09/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                                                      |  |                                                               |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                         |  | 46-Total Quantidade US<br>78,00                                      |  | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                    |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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(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 Solicitante<br>/ / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / /          |  | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/07/21 |  | 53-Data local e Cartão da Empresa<br>09/07/21                 |  | 54-Data local e Assinatura do Profissional<br>09/07/21 |  | 55-Data local e Assinatura do Profissional<br>09/07/21 |  |



1853825

Odontolife<sup>®</sup>

INSTRUÇÃO PARA O USUÁRIO

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

|                                                               |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |                          |                                |                                        |                                          |                                       |                                                                |                                  |                                                    |                          |                                                                      |                            |             |                       |                                                       |                                                                |                           |             |                           |                                                                  |                           |             |                       |                                                      |                                        |                                                           |              |             |                          |                  |                                         |             |                                     |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------------------|------------------|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/06/2011 | 4-Data de Autorização<br>11/06/2011 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8663884 | 7-Data Validade da Senha<br>02/09/2011 | 8-Registro ANS<br>406414 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>01/01/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | 13-Nome do Beneficiário<br>THAIS MILLA BUGNOLA SERGIO FERREIRA | 14-Telefone<br>(11) 613 9821 467 | 15-Nome do titular do plano<br>FABIO JOSE FERREIRA | 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA | 18-Número no CRO<br>125460 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>01 | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11911012569604 | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES | 23-Número no CRO<br>21354 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>7240031 | 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES | 27-Número no CRO<br>21354 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S<br>09 | 30-Tabela<br>31-Código do Procedimento<br>1081010405 | 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA | 33-Dente/Região<br>1                                      | 34-Face<br>1 | 35-Qtd<br>1 | 36-Quantidade US<br>7800 | 37-Valor<br>0,00 | 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0,00 | 39-Aur<br>S | 40-Data de Realização<br>18/08/2011 | 41-Motivo da Guia 42-Assinatura<br>18/08/2011 |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |                          |                                |                                        |                                          |                                       |                                                                |                                  |                                                    |                          | Dados do Profissional Solicitante                                    |                            |             |                       |                                                       |                                                                |                           |             |                           |                                                                  |                           |             |                       |                                                      |                                        | Dados do Profissional Executante                          |              |             |                          |                  |                                         |             |                                     |                                               |  |  |  |  |  |  | Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |                          |                                |                                        |                                          |                                       |                                                                |                                  |                                                    |                          | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                    |                            |             |                       |                                                       |                                                                |                           |             |                           |                                                                  |                           |             |                       |                                                      |                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável |              |             |                          |                  |                                         |             |                                     |                                               |  |  |  |  |  |  | 53-Data, local e Assinatura da Empresa          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

18/08/2011

18/08/2011

18/08/2011

18/08/2011

18/08/2011





585803  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                   |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                          |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/06/2010 16:11:21 |  | 4-Data de Autorização<br>12/02/2010 16:11:21 |  | 5-Semana<br>AUTORIZADO |  | 6-Número da Guia Principal<br>8703222 |  | 7-Data Validade da Semana<br>11/04/2010 09:11:21 |  |
| Dados do Beneficiário                                                                             |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento a RN<br>VINICIUS SANT ANNA FACCINI BRAGA                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                               |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>FABIANA SANT ANNA FACCINI                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>29/07/2000                                                           |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>17-Nome do Profissional Solicitante<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1191102569604                 |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES       |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>23-Número no CRO<br>21354                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>24-UF<br>SP                                                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>25-Código CNES<br>7240031                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>26-Código CBO S<br>09                                                |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>27-Número no CRO<br>21354                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>28-UF<br>SP                                                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>29-Código CBO S<br>09                                                |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>30-Código CBO S<br>01                                                |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>31-Código do Procedimento<br>100081000405                            |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                               |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>33-Dente/Região<br>1                                                 |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>34-Fase<br>1                                                         |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>35-Qtd<br>1                                                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>36-Quantidade US<br>7800                                             |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>37-Valor<br>0000                                                     |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>38-Franquia/Co-participação R\$<br>0000                              |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>39-Aut<br>18/08/21                                                   |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>40-Data de Realização<br>18/08/21                                    |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>41-Motivo da Guia<br>Assinatura                                      |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>42-Valor Total R\$<br>0000                                           |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>43-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>44-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>45-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>46-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>47-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>48-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>49-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>50-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>51-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>52-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>53-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>54-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>55-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>56-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>57-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>58-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>59-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>60-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>61-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>62-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>63-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>64-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>65-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>66-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>67-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>68-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>69-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>70-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>71-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>72-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>73-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>74-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>75-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>76-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>77-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>78-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>79-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>80-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>81-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>82-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>83-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>84-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>85-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>86-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>87-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>88-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>89-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>90-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>91-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>92-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>93-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>94-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>95-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>96-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>97-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>98-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>99-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                          |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |
| R-Atendimento da Carteira<br>100-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                         |  |                                                  |  |                                              |  |                        |  |                                       |  |                                                  |  |

18/08/21

18/08/21

18/08/21

18/08/21

18/08/21

18/08/21

18/08/21

18/08/21

18/08/21



1682834



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2ª

|                                                              |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/17/06 16/11/21 |  | 4-Data de Autorização<br>11/06/06 11/21 |  | 5-Sinoma<br>AUTORIZADO |  | 6-Número da Guia Principal<br>8666971 |  | 7-Data Validade da Sinoma<br>10/15/10 9/11/21 |  | 5/5055<br>INTERCÂMBIO |  |
| Dados do Beneficiário                                        |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 10-Nome do Beneficiário<br>JOANA DARC SERAFIM SANTI          |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 11-Data de Nascimento<br>10/02/02 05/34 21/50 00/00 10/10 11 |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 12-Endereço<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                        |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 13-Telefone<br>21/12/1969                                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 14-Endereço<br>JOANA DARC SERAFIM SANTI                      |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 15-Endereço<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                        |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 16-Endereço<br>JOANA DARC SERAFIM SANTI                      |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 17-Endereço<br>VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA                 |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 18-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 19-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 20-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 21-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 22-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 23-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 24-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 25-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 26-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 27-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 28-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 29-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 30-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 31-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 32-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 33-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 34-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 35-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 36-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 37-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 38-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 39-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 40-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 41-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 42-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 43-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 44-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 45-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 46-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 47-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 48-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 49-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 50-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 51-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 52-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 53-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 54-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 55-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 56-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 57-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 58-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 59-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 60-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 61-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 62-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 63-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 64-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 65-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 66-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 67-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 68-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 69-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 70-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 71-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 72-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 73-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 74-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 75-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 76-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 77-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 78-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 79-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 80-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 81-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 82-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 83-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 84-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 85-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 86-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 87-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 88-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 89-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 90-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 91-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 92-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 93-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 94-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 95-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 96-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 97-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 98-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 99-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                    |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |
| 100-Endereço<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                   |  |                                                |  |                                         |  |                        |  |                                       |  |                                               |  |                       |  |

|                        |  |                        |  |                        |  |                        |  |                        |  |                        |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                         |  |                          |  |
|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|
| 4-Endereço<br>28/06/21 |  | 5-Endereço<br>28/06/21 |  | 6-Endereço<br>28/06/21 |  | 7-Endereço<br>28/06/21 |  | 8-Endereço<br>28/06/21 |  | 9-Endereço<br>28/06/21 |  | 10-Endereço<br>28/06/21 |  | 11-Endereço<br>28/06/21 |  | 12-Endereço<br>28/06/21 |  | 13-Endereço<br>28/06/21 |  | 14-Endereço<br>28/06/21 |  | 15-Endereço<br>28/06/21 |  | 16-Endereço<br>28/06/21 |  | 17-Endereço<br>28/06/21 |  | 18-Endereço<br>28/06/21 |  | 19-Endereço<br>28/06/21 |  | 20-Endereço<br>28/06/21 |  | 21-Endereço<br>28/06/21 |  | 22-Endereço<br>28/06/21 |  | 23-Endereço<br>28/06/21 |  | 24-Endereço<br>28/06/21 |  | 25-Endereço<br>28/06/21 |  | 26-Endereço<br>28/06/21 |  | 27-Endereço<br>28/06/21 |  | 28-Endereço<br>28/06/21 |  | 29-Endereço<br>28/06/21 |  | 30-Endereço<br>28/06/21 |  | 31-Endereço<br>28/06/21 |  | 32-Endereço<br>28/06/21 |  | 33-Endereço<br>28/06/21 |  | 34-Endereço<br>28/06/21 |  | 35-Endereço<br>28/06/21 |  | 36-Endereço<br>28/06/21 |  | 37-Endereço<br>28/06/21 |  | 38-Endereço<br>28/06/21 |  | 39-Endereço<br>28/06/21 |  | 40-Endereço<br>28/06/21 |  | 41-Endereço<br>28/06/21 |  | 42-Endereço<br>28/06/21 |  | 43-Endereço<br>28/06/21 |  | 44-Endereço<br>28/06/21 |  | 45-Endereço<br>28/06/21 |  | 46-Endereço<br>28/06/21 |  | 47-Endereço<br>28/06/21 |  | 48-Endereço<br>28/06/21 |  | 49-Endereço<br>28/06/21 |  | 50-Endereço<br>28/06/21 |  | 51-Endereço<br>28/06/21 |  | 52-Endereço<br>28/06/21 |  | 53-Endereço<br>28/06/21 |  | 54-Endereço<br>28/06/21 |  | 55-Endereço<br>28/06/21 |  | 56-Endereço<br>28/06/21 |  | 57-Endereço<br>28/06/21 |  | 58-Endereço<br>28/06/21 |  | 59-Endereço<br>28/06/21 |  | 60-Endereço<br>28/06/21 |  | 61-Endereço<br>28/06/21 |  | 62-Endereço<br>28/06/21 |  | 63-Endereço<br>28/06/21 |  | 64-Endereço<br>28/06/21 |  | 65-Endereço<br>28/06/21 |  | 66-Endereço<br>28/06/21 |  | 67-Endereço<br>28/06/21 |  | 68-Endereço<br>28/06/21 |  | 69-Endereço<br>28/06/21 |  | 70-Endereço<br>28/06/21 |  | 71-Endereço<br>28/06/21 |  | 72-Endereço<br>28/06/21 |  | 73-Endereço<br>28/06/21 |  | 74-Endereço<br>28/06/21 |  | 75-Endereço<br>28/06/21 |  | 76-Endereço<br>28/06/21 |  | 77-Endereço<br>28/06/21 |  | 78-Endereço<br>28/06/21 |  | 79-Endereço<br>28/06/21 |  | 80-Endereço<br>28/06/21 |  | 81-Endereço<br>28/06/21 |  | 82-Endereço<br>28/06/21 |  | 83-Endereço<br>28/06/21 |  | 84-Endereço<br>28/06/21 |  | 85-Endereço<br>28/06/21 |  | 86-Endereço<br>28/06/21 |  | 87-Endereço<br>28/06/21 |  | 88-Endereço<br>28/06/21 |  | 89-Endereço<br>28/06/21 |  | 90-Endereço<br>28/06/21 |  | 91-Endereço<br>28/06/21 |  | 92-Endereço<br>28/06/21 |  | 93-Endereço<br>28/06/21 |  | 94-Endereço<br>28/06/21 |  | 95-Endereço<br>28/06/21 |  | 96-Endereço<br>28/06/21 |  | 97-Endereço<br>28/06/21 |  | 98-Endereço<br>28/06/21 |  | 99-Endereço<br>28/06/21 |  | 100-Endereço<br>28/06/21 |  |
|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

597367  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 4 / 0 6 / 2 1                                                                   |  | 4-Data de Autorização<br>2 5 / 0 6 / 2 1      |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO             |  | 6-Número da Guia Principal<br>8740865                         |  | 7-Data Validade da Senha<br>2 2 / 0 9 / 2 1 |  |
| Dados do Beneficiário                                            |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 8 6 1 8 8 0 0 0 0 0 1 0 2  |  |                                                                                                                |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                |  |                                   |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                          |  |                                             |  |
| 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                              |  |                                                                                                                |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde         |  |                                   |  | 13-Nome<br>NILCIMARA LAIZ SILVA BUNIZIO                       |  |                                             |  |
| 14-Telefone<br>( ) -                                             |  |                                                                                                                |  | 15-Data Validade da Carteira                  |  |                                   |  | 15-Nome do titular do plano<br>JOAO CLAUDEMIR MACHADO BUNIZIO |  |                                             |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA                                            |  | 18-Número no CRO<br>21354                     |  | 19-UF<br>SP                       |  | 20-Código CBO S<br>09                                         |  | 25-UF<br>SP                                 |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4     |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES                                                 |  | 23-Número no CRO<br>21354                     |  | 24-UF<br>SP                       |  | 25-Código CNES                                                |  | 26-UF<br>SP                                 |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES |  | 27-Número no CRO<br>21354                                                                                      |  | 28-UF<br>SP                                   |  | 29-Código CBO S                   |  | 25-Código CNES                                                |  | 26-UF<br>SP                                 |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                  |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 30-Tabela                                                        |  | 31-Código do Procedimento                                                                                      |  | 32-Descrição                                  |  | 33-Dente/Região                   |  | 34-Face                                                       |  | 35-Qtd                                      |  |
| 1-0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5                                          |  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                                         |  | 1                                             |  | 7 8 0 0                           |  | 0 0 0                                                         |  | 39-Aut<br>23/06/21                          |  |
| 2-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 3-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 4-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 5-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 6-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 7-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 8-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 9-                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 10                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 11                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 12                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 13                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 14                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 15                                                               |  |                                                                                                                |  |                                               |  |                                   |  |                                                               |  |                                             |  |
| 43-Data de Assinatura / Título do Tratamento<br>23/06/21         |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>7 8 0 0 |  | 47-Valor Total R\$<br>0 0 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(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.

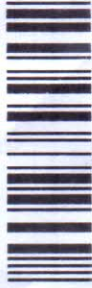
49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                       |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/06/21 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>23/06/21 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



574979  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 5 / 1 0 9 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal  
8666774

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 1 / 1 0 6 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia  
1 0 7 / 1 0 6 / 1 2 1

1-Registro ANS  
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

13-Nome  
VANILDA CAMPOS DIVINO

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante  
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante  
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

15-Nome do titular do plano  
VANILDA CAMPOS DIVINO

20-Código CBO S  
01

25-Código CNES  
7240031

26-Código CBO S  
09

19-UF  
SP

24-UF  
SP

28-UF  
SP

18-Número no CRO  
125460

23-Número no CRO  
21354

27-Número no CRO  
21354

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

48-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

46-Total Quantidade US

45-Tipo de Tratamento

44-Tipo de Atendimento

43-Diagnóstico

42-Tipo de Tratamento

41-Tipo de Tratamento

40-Tipo de Tratamento

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 Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa