



10015151000000000000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



444317
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/12		4-Data de Autorização 05/01/12		5-Sentia AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8159942		7-Data Validade da Guia 21/03/12		
8-Número da Carteira 00202510550601382501		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional da Saúde				
13-Nome CLARA MARIA ANTONELLI												
14-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 30/08/1953												
15-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI		18-Número no CRO 120548		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810		22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI		23-Número no CRO 120548		24-UF SP		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Número no CRO 120548		28-UF SP		29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-1-Abate	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			30/08/12		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 05/01/12		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 10,00		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 18/01/12 Dra. Giovanna Tini CRO-SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/01/12 Dra. Giovanna Tini CRO-SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/01/12 Clara Maria Antonelli	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



447666
INTERCÂMBIO

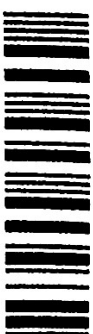
1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 05/01/12	4-Dia de Autorização 12/01/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172528	7-Dia Validade da Guia 05/04/12			
8-Nome do Beneficiário CASSIA DANIELLY DA SILVA JESUS			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dia Validade da Carteira 12/01/12			
13-Nome CASSIA DANIELLY DA SILVA JESUS			14-Data 04/01/2005	15-Nome do titular do plano DANIEL DE JESUS	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento								
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-Uf SP	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Exatante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-Uf SP	25-Código CNE5				
26-Nome do Profissional Exatante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-Uf SP	29-Código CBO 5					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados								
30-Abola 10085100196	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	32-Descrição 16 P 1	33-Dente/Rapido 6100	34-Fase 0000	35-Valor S11201124			
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia			
42-Assinatura								
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6100	47-Valor Total R\$ 0000	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 12/01/12 Dr. Giovanna Tini						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Recebido 12/01/12 Dr. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/12 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Giovanna Tini
CRO-SP 548



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/11 21	4-Data de Autorização 12/10/11 21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172680	7-Data Validade da Guia 05/10/14 21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

447720
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251050600402204	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
--	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SIMONE REGINA DA SILVA JESUS

14-Telefone
27/08/1978

15-Nome do titular do plano
DANIEL DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI
--	--

18-Número no CRO 120548	19-UF SP
----------------------------	-------------

23-Número no CRO 120548	24-UF SP
----------------------------	-------------

20-Código CBO S 025 -	25-Código CNE S Faturar Empresa
--------------------------	------------------------------------

26-UF SP	29-Código CBO S
-------------	-----------------

28-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	36-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/10/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/10/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 12/10/11 12:11 G. Franco Tini CRO 120548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 12:11 D. G. Franco Tini CRO 120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11 12:11 X. Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------

University of Illinois at Chicago

2-4



447685
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

DANIEL DE JESUS

Faturar Empresa

SP38-Franquias/Co-participação R\$

39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura

J. J. J. J.

1

1

1

11111111

1

111

14-00000 B4

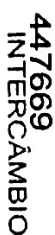
[illegible][illegible]

s custos previstos
documento, os val

10

L

24

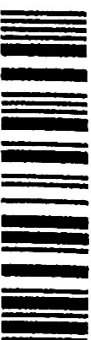
53-Dados, locais e Carimbo da Empresa



Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/1011/211	4-Data de Autorização 11/1011/211	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172600	7-Data Validação da Sentença 10/05/1014/211
--------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

447693
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101201252760189000055011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PITLAK CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCELO HERCULANO DA SILVA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano MARCELO HERCULANO DA SILVA
---------------------------------------	--------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10	1085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	16,10,0	0,0,0	51,801,21	X	10/01/21	X	
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 Previsto Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6,10,0	47-Valor Total R\$ 0,0,0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120 548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120 548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21 X [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa []
---	---	--	--

2-N-



Plano de Treinamento / Procedimentos Soluções

Declares this order for consideration

referentes ao tratamento realizado, comp

48-Observação

51-Dela, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Giannina Tini
6420.548

52-Costa, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
LIB/101/1214x Nam

53-Data, local e Carimbo da Empresa



Formulário de Registro Profissional

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



455929
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2016

4-Data de Autorização
12/11/2016

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8204876

7-Data Validade da Sentença
11/08/2016

8-Número da Guia Principal
8204876

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/16

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
THIAGO GONCALVES CONRADO DOS SANTOS

14-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
08/03/2016

15-Endereço do Titular do Plano
MARCELO COSTA CONRADO DOS SANTOS

16-Endereço do Titular do Plano
MARCELO COSTA CONRADO DOS SANTOS

17-Endereço do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1414249633810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Quantidade US
34,00

33-Franchise/Co-participação R\$
52,11

34-Aut
0,00

35-Data de Realização
12/11/2016

36-Motivo da Guia
42-Assinatura

37-Data de Realização
12/11/2016

38-Data de Realização
12/11/2016

39-Data de Realização
12/11/2016

40-Data de Realização
12/11/2016

41-Data de Realização
12/11/2016

42-Data de Realização
12/11/2016

43-Data de Realização
12/11/2016

44-Data de Realização
12/11/2016

45-Data de Realização
12/11/2016

46-Data de Realização
12/11/2016

47-Data de Realização
12/11/2016

48-Data de Realização
12/11/2016

49-Data de Realização
12/11/2016

50-Data de Realização
12/11/2016

51-Data de Realização
12/11/2016

52-Data de Realização
12/11/2016

53-Data de Realização
12/11/2016

54-Data de Realização
12/11/2016

55-Data de Realização
12/11/2016

56-Data de Realização
12/11/2016

57-Data de Realização
12/11/2016

58-Data de Realização
12/11/2016

59-Data de Realização
12/11/2016

60-Data de Realização
12/11/2016

61-Data de Realização
12/11/2016

62-Data de Realização
12/11/2016

63-Data de Realização
12/11/2016

64-Data de Realização
12/11/2016

65-Data de Realização
12/11/2016

66-Data de Realização
12/11/2016

67-Data de Realização
12/11/2016

68-Data de Realização
12/11/2016

69-Data de Realização
12/11/2016

70-Data de Realização
12/11/2016

71-Data de Realização
12/11/2016

72-Data de Realização
12/11/2016

73-Data de Realização
12/11/2016



Unidade - Local e Data de Emissão

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



455936
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão de Guia 18/10/11 12/11	4-Data de Autorização 12/11/10 11/12/11	6-Série AUTORIZADO	8-Número de Guia Principal 8204880	7-Data Validação de Série 18/10/11 12/11
---------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010202533832300000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Affirmação do Conselho Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome YASMIM GONCALVES CONRADO DOS SANTOS	23/08/2013	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCELO COSTA CONRADO DOS SANTOS
--	------------	------------------------------	---

16-Contratado Responsável pelo Tratamento Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNEB
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-01081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Frango 1	34-Frango 34	35-Ord 00	36-Quantidade US 3400	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 512110111211	39-Aut Xhuena	40-Data de Realização 12/11/11	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
---	---------------------------------------	----------------------	-----------------	--------------	--------------------------	-----------------	---	------------------	-----------------------------------	------------------------------------

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/11 12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 11/12/11 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 11/12/11 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 11/12/11 Xhuena S.	53-Data, local e Carimbo 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) 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.

48-Observação



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2011

4-Data de Autorização
21/01/2011

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8205549

7-Data Validade da Guia
11/08/2011

456075
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202510550601382501

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CLARA MARIA ANTONELLI

30/08/1953

14-Teléfono
(11) 801214965

15-Nome do Titular do plano
CLARA MARIA ANTONELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNES

Enviar - RX

(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clama	42-Assinatura
1-00	8510020100	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MV	1	88,00	0,00	0,00	521	01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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 Responsável
21/01/2011 D^{ra}. Giovanna Tini

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/01/2011 D^{ra}. Giovanna Tini

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/01/2011 Clara Maria Antonelli

53-Data, local e Carimbo da Empresa

D^{ra}. Giovanna Tini
CRO - SP 120.548

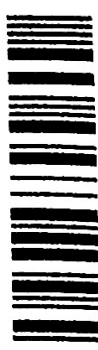
D^{ra}. Giovanna Tini
CRO - SP 120.548



Revista Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



444351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012		4-Data de Autorização 21/11/2012		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8160149		7-Data Válida de Série 21/10/2013		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
Declaro do Beneficiário																											
8-Plano de Saúde 000202510550601843501												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Válida de Carteira / /		12-Data Válida de Série 21/10/2013									
13-Nome LUIZ CARLOS DE MELO TEIXEIRA												16/10/1983		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE MELO TEIXEIRA											
Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento																											
16-Andamento e RV N		17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI		22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI		18-Número no CRO 120548		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -																	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4424963810		23-Número no CRO 120548		24-UF SP		25-Código CNES (1) 85100200		26-Código CBO S 120548		28-UF SP		29-Código CBO S															
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI												27-Número no CRO 120548		28-UF SP		29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 24 OD		34-Face 1		35-Quantidade US 8800		36-Franquia/Co-participação R\$ 52110121		37-Valor 000		38-Aut 40-Data de Realização 21/11/2012		41-Moeda da Guia 42-Admissão	
30-Tabela 10085100200		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Quantidade US		36-Franquia/Co-participação R\$		37-Valor		38-Aut		40-Data de Realização		41-Moeda da Guia		42-Admissão					
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
43-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/2012												44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 8800		47-Valor Total R\$ 000		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 21/11/2012 Dra. Giovanna Tini		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 Dra. Giovanna Tini		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
CRO - SP 420 548		CRO - SP 420 548		CRO - SP 420 548			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



457147
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414		3-Data de Emissão de Guia 19/01/21		4-Data de Autorização 25/01/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8210510		7-Data Validade da Série 19/04/21	
8-Número de Carteira 0020251050600419302		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /			
13-Nome MARLENE BARROS DA SILVA		14-Telefone () 37147342		15-Nome do titular do plano EUGENIA MARIA BARROS SILVA SOUSA		16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI		18-UF SP	
19-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 17/07/1945		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4424963810		22-UF SP		23-UF SP		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		26-Número no CRO 120548		27-Código CNES / /		28-Número no CRO 120548		29-Código CBO S / /		Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-T-Atividade 1-0081000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 34		36-Quantidade US 1010	
37-Valor 0,00		38-Frequência/Co-participação R\$ 5,25		39-Aut 5,25		40-Data de Realização 19/01/21		41-Método de Cessão / /		42-Atividade / /	
31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA											
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA											
33-Dente/Região 1											
34-Face 1											
35-Qtd 34											
36-Quantidade US 1010											
37-Valor 0,00											
38-Frequência/Co-participação R\$ 5,25											
39-Aut 5,25											
40-Data de Realização 19/01/21											
41-Método de Cessão / /											
42-Atividade / /											
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/21											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-URGência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 34,00											
47-Valor Total R\$ 0,00											
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), (for) 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 12/01/21 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / /
--	--	--	--