



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/05/12/11	4-Data de Autorização 11/17/06/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8819698	7-Data Validade da Senha 12/01/08/12/11	560862 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número de Carteira 0002025105506015694011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ////
--	--------------------------------	--	--------------------------------------	---

13-Nome BIANCA DOS SANTOS CAMILO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BIANCA DOS SANTOS CAMILO
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TININI
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TININI	27-Número no CRO 120548
28-UF SP	29-Código CBO 8
18-Número no CRO 120548	19-UF SP
23-Número no CRO 120548	24-UF SP
20-Código CNES	20-Código CBO 8
Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/06/12		X-28
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/06/12		X-28
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/06/12		X-28
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/06/12		X-28
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/06/12/11												
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 144,00												
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.

48-Observação

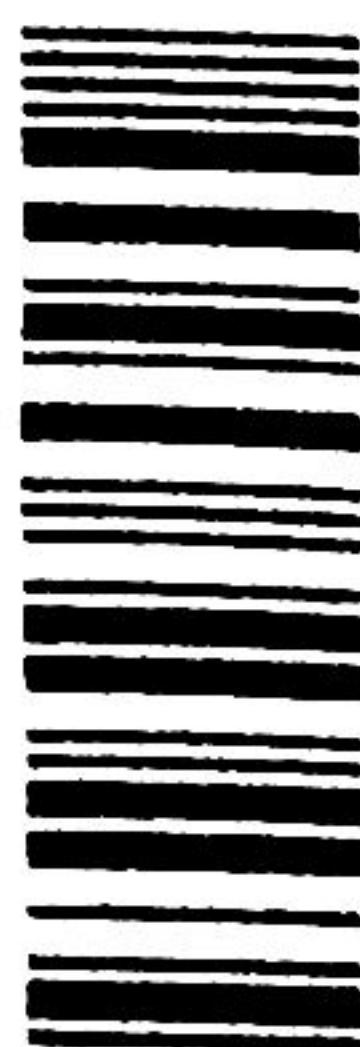
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/06/12/11, Dr. Giovanna Tinini, CRO-SP 120548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/06/12/11, Dr. Giovanna Tinini, CRO-SP 120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/06/12/11, Bianca dos Santos Camilo	53-Data, local e Cartão da Empresa ////
---	---	---	--



Parâmetros para o Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/2011	4-Data de Autorização 27/05/2011	6-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8619695	7-Data Validade da Santa 20/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601569402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome LIVIA SANTOS ALVES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BIANCA DOS SANTOS CAMILO
-------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R\$ N	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 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 /	Faturar Empresa

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
1-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00				27/06/2011		
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 27/06/2011	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 72,00	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) 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 27/06/2011 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/06/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120.548

Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120.548



Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



551702
INTERCÂMBIS

1-Ragão ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 31/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8588481	7-Data Válido da Senha 12/08/21
-----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 0020253577450000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válido da Carteira 11/05/21
12-Nome SIVALDO DE JESUS SANTOS	04/02/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SIVALDO DE JESUS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Profissional Solicitante		Dados do Profissional Executante	
16-Atendimento a R/N N	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 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		33-Dente/Região		34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Modo de Ciosos	42-Signatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	23	D	1	61,00	0,00	5131/05/21				
1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 31/05/21		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 61,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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.

49-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/05/21 Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/05/21 Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/05/21 Sivaldo de Jesus Santos	53-Data, local e Carimbo de Empresa CRO-SP-120548
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 4064 14	3-Data de Emissão da Guia 10/04/1996/12/11	4-Data de Autorização 10/07/1996/12/11	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663238	7-Data Validade da Semina 10/02/1996/12/11
---------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202153577450000010101	9-Polmo 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 SIVALDO DE JESUS SANTOS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano SIVALDO DE JESUS SANTOS
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 144249633810	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
--	----------------------------	-------------	-----------------

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

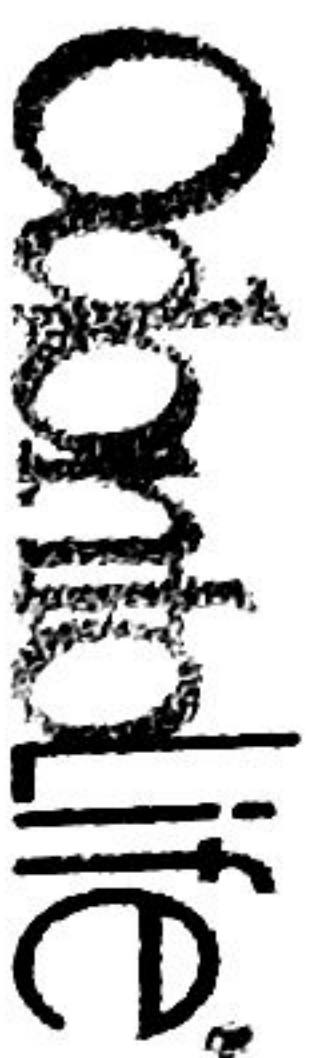
30-Tabale	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	5071,06	12/11			
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/96/12/11	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 61,00	47-Valor Total R\$ 5071,06	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) 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 12/11/96/12/11 Dr. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/96/12/11 Dr. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/96/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



Formulário para Guia 5076

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
22/10/2015

4-Data de Autorização
29/10/2015

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8619714

7-Data Valsade de Senha
20/10/2015

8-Número do Cartão Nacional de Saúde
12011081211

560869
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020253250280000101

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

JOSE ILKER DA CONCEICAO FERREIRA

04/10/1993

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOSE ILKER DA CONCEICAO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 de Operadora / CNPJ / CPF
44249633810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNES
(I) 85100200

Enviar - RX
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29/10/2015
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29/10/2015
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
29/10/2015	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total	176,00	0,00	0,00							

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/10/2015, Guarujá - SP, Dr. Giovanna Tini

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
29/10/2015, Guarujá - SP, Dr. Giovanna Tini

52-Data, local e Assinatura da Empresa
29/10/2015, Guarujá - SP, Dr. Giovanna Tini

53-Data, local e Assinatura da Empresa
29/10/2015, Guarujá - SP, Dr. Giovanna Tini

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



538675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Dados do Beneficiário

3-Data de Emissão da Guia

3-01/04/21

4-Data de Autorização

10/07/05/21

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8540320

7-Data Validade da Senha

12/09/07/21

8-Número de Carteira

010202530617700000101

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

LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA

14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

04/03/1979

15-Data de Término do Tratamento

16-Atendimento a RIN

17-Nome do Profissional Solicitante

GIOVANNA FRANCO TINI

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF

144249633810

22-Nome do Contratado Executante

GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO

120548

24-UF

SP

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO

120548

28-UF

SP

29-Código CBO S

SP

30-Quantidade US

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 Clima 42-Assinatura

43-Assinatura

44-Assinatura

45-Assinatura

46-Assinatura

47-Assinatura

48-Assinatura

49-Assinatura

50-Assinatura

51-Assinatura

52-Assinatura

53-Assinatura

54-Assinatura

55-Assinatura

56-Assinatura

57-Assinatura

58-Assinatura

59-Assinatura

60-Assinatura

61-Assinatura

62-Assinatura

63-Assinatura

64-Assinatura

65-Assinatura

66-Assinatura

67-Assinatura

68-Assinatura

69-Assinatura

70-Assinatura

71-Assinatura

72-Assinatura

73-Assinatura

74-Assinatura

75-Assinatura

76-Assinatura

77-Assinatura

78-Assinatura

79-Assinatura

80-Assinatura

81-Assinatura

82-Assinatura

83-Assinatura

84-Assinatura

85-Assinatura

86-Assinatura

87-Assinatura

88-Assinatura

89-Assinatura

90-Assinatura

91-Assinatura

92-Assinatura

93-Assinatura

94-Assinatura

95-Assinatura

96-Assinatura

97-Assinatura

98-Assinatura

99-Assinatura

100-Assinatura

101-Assinatura

102-Assinatura

103-Assinatura

104-Assinatura

105-Assinatura

106-Assinatura

107-Assinatura

108-Assinatura

109-Assinatura

110-Assinatura

111-Assinatura

112-Assinatura

113-Assinatura

114-Assinatura

115-Assinatura

116-Assinatura

117-Assinatura

118-Assinatura

119-Assinatura

120-Assinatura

121-Assinatura

122-Assinatura

123-Assinatura

124-Assinatura

125-Assinatura

126-Assinatura

127-Assinatura

128-Assinatura

129-Assinatura

130-Assinatura

131-Assinatura

132-Assinatura

133-Assinatura

134-Assinatura

135-Assinatura

136-Assinatura

137-Assinatura

138-Assinatura

139-Assinatura

140-Assinatura

141-Assinatura

142-Assinatura

143-Assinatura

144-Assinatura

145-Assinatura

146-Assinatura

147-Assinatura

148-Assinatura

149-Assinatura

150-Assinatura

151-Assinatura

152-Assinatura

153-Assinatura

154-Assinatura

155-Assinatura

156-Assinatura

157-Assinatura

158-Assinatura

159-Assinatura

160-Assinatura

161-Assinatura

162-Assinatura

163-Assinatura

164-Assinatura

165-Assinatura

166-Assinatura

167-Assinatura

168-Assinatura

169-Assinatura

170-Assinatura

171-Assinatura

172-Assinatura

173-Assinatura

174-Assinatura

175-Assinatura

176-Assinatura

177-Assinatura

178-Assinatura

179-Assinatura

180-Assinatura

181-Assinatura

182-Assinatura

183-Assinatura

184-Assinatura

185-Assinatura

186-Assinatura

187-Assinatura

188-Assinatura

189-Assinatura

190-Assinatura

191-Assinatura

192-Assinatura

193-Assinatura

194-Assinatura

195-Assinatura

196-Assinatura

197-Assinatura

198-Assinatura

199-Assinatura

200-Assinatura

201-Assinatura

202-Assinatura

203-Assinatura

204-Assinatura

205-Assinatura

206-Assinatura

207-Assinatura

208-Assinatura

209-Assinatura

210-Assinatura

211-Assinatura

212-Assinatura

213-Assinatura

214-Assinatura

215-Assinatura

216-Assinatura

217-Assinatura

218-Assinatura

219-Assinatura

220-Assinatura

221-Assinatura

222-Assinatura

223-Assinatura

224-Assinatura

225-Assinatura

226-Assinatura

227-Assinatura

228-Assinatura

229-Assinatura

230-Assinatura

231-Assinatura

232-Assinatura

233-Assinatura

234-Assinatura

235-Assinatura

236-Assinatura

237-Assinatura

238-Assinatura

239-Assinatura

240-Assinatura

241-Assinatura

242-Assinatura

243-Assinatura

244-Assinatura

245-Assinatura

246-Assinatura

247-Assinatura

248-Assinatura

249-Assinatura

250-Assinatura

251-Assinatura

252-Assinatura

253-Assinatura

254-Assinatura

255-Assinatura

256-Assinatura

257-Assinatura

258-Assinatura

259-Assinatura

260-Assinatura

261-Assinatura

262-Assinatura

263-Assinatura

264-Assinatura



551732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
14/10/2011

4-Data de Autorização
15/10/2011

5-Serina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8588578

7-Data Validade da Serina
12/10/2011

8-Data do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025336036000010101

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
LEILA PEREIRA FERREIRA DA SILVA

16/02/1972

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LEILA PEREIRA FERREIRA DA SILVA

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

23-Número no CRO
120548

19-UF
SP

24-UF
SP

20-Código CBO
025 -

26-Código CNES
Enviar - RX

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	MV	1	88,00	0,00	51151061211			X	
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	MV	1	88,00	0,00	51151061211			X	
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
15/10/2011

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1176,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliofrem 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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/10/2011 Dr. Giovanna Tini

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/10/2011 Dr. Giovanna Tini

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/10/2011 X

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

Dr. Giovanna Tini
CRO - SP 120.548

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



573652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2016	4-Data de Autorização 10/08/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663258	7-Data Validade da Senha 10/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102025348211000000101		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 EWELLIN PRISCILLA FROES		15/04/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EWELLIN PRISCILLA FROES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO 3 025 - 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 Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO 3	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentiaRegião	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VP	1	88,00	0,00	50,00	0,00	10/06/21	X	EWELLIN
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/21	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 08/10/21 DRA. GIOVANNA TINI CRO-SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/21 DRA. GIOVANNA TINI CRO-SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/21 EWELLIN CRO-SP 120.548	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---



573670
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
MAIRA FREIRE DE OLIVEIRA

04/02/1981

025 - Faturar Empresa

23-Número no CRCO
120548

27-Número no CRO
120548

91 - MCD 00000000000000000000

11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/10

45-Tipo de Falhamento
☐ 1-Total 2-Parcial

referências ao tratamento realizado como tratamento previsto em contrato.

4B-Obverse Page

~~CR0 - SP 120.5A8~~

~~Dra. Giovanna L~~
~~CRO - SP 120.548~~

12-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 28/10/2011 4-Data de Autorização 10/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 567690 7-Data Validade da Senha 28/10/2011 567690 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202510550601843502 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome

ANTONIO LEOCADIO TEIXEIRA NETO

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

14-Telefone

() - - - - -

11-Data Validade da Carteira / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

02/08/1952

15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE MELO TEIXEIRA

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

18-Número no CRO 120548

19-UF SP

20-Código CBO 9

025 -

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

Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO 120548

28-UF SP

29-Código CBO 9

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tratado	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 Classe	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00			28/10/2011		
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/2011 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 88,00

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 10/11/2011 Dr. Giovanna Tini CRO - SP-120.548

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011 Dr. Giovanna Tini CRO - SP-120.548

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011 x

53-Data, local e Carimbo da Empresa



1-Registro ANS 4064 14 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 6/12/11 4-Data de Autorização 11/01/10 6/12/11 6-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8883262 7-Data Validade da Sanha 10/12/10 9/12/11 573661 INTERCÂMBIO

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

13-Nome AMANDA VIEIRA DOS SANTOS PIRES FERREIRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano AMANDA VIEIRA DOS SANTOS PIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 26/11/1996 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 4 2 4 9 6 3 3 8 1 0 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 6

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00		10/06/11		X
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00		10/06/11		X
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00		10/06/11		X
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00		10/06/11		X
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/06/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 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) 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 10/06/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/11 X 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120548