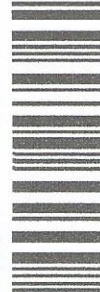




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335011
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40614	3-Data de Emissão da Guia 01/06/10 07/12/10	4-Data de Autorização 01/06/10 07/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686173	7-Data Validade da Sanha 01/01/10 01/12/10
-------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010210215105501601717716011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 01/01/10 01/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIA ELISA AVOLETA		14-Teléfono (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARCIA ELISA AVOLETA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	18-Número no CRO 50514	19-UF SP	20-Código CBO S	25-Código CNES	26-UF SP	27-Número no CRO 50514	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Código CBO S	31-Código CBO S	32-Código CBO S	33-Código CBO S	34-Código CBO S	35-Código CBO S	36-Código CBO S	37-Código CBO S	38-Código CBO S	39-Código CBO S	40-Código CBO S	41-Código CBO S	42-Código CBO S	43-Código CBO S	44-Código CBO S	45-Código CBO S	46-Código CBO S	47-Código CBO S	48-Código CBO S	49-Código CBO S	50-Código CBO S	51-Código CBO S	52-Código CBO S	53-Código CBO S	54-Código CBO S	55-Código CBO S	56-Código CBO S	57-Código CBO S	58-Código CBO S	59-Código CBO S	60-Código CBO S	61-Código CBO S	62-Código CBO S	63-Código CBO S	64-Código CBO S	65-Código CBO S	66-Código CBO S	67-Código CBO S	68-Código CBO S	69-Código CBO S	70-Código CBO S	71-Código CBO S	72-Código CBO S	73-Código CBO S	74-Código CBO S	75-Código CBO S	76-Código CBO S	77-Código CBO S	78-Código CBO S	79-Código CBO S	80-Código CBO S	81-Código CBO S	82-Código CBO S	83-Código CBO S	84-Código CBO S	85-Código CBO S	86-Código CBO S	87-Código CBO S	88-Código CBO S	89-Código CBO S	90-Código CBO S	91-Código CBO S	92-Código CBO S	93-Código CBO S	94-Código CBO S	95-Código CBO S	96-Código CBO S	97-Código CBO S	98-Código CBO S	99-Código CBO S	00-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rugilho	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Gêsa 42-Asinatura
1-0101851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	27	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-0101851300039	RASPAGEM SUB-	HAIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-0101851300039	RASPAGEM SUB-	HAID	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
7-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
8-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
9-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
10-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
11-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
12-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
13-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
14-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
16-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
17-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
18-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
19-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
20-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
21-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
22-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
23-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
24-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
26-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
27-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
28-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
29-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
30-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
31-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
32-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
33-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
34-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
35-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
36-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
37-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
38-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
39-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
40-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
41-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
42-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
43-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
44-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
45-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
46-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
47-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
48-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
49-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
50-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
51-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
52-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
53-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
54-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
55-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
56-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
57-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
58-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
59-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
60-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
61-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
62-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
63-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
64-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
65-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
66-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
67-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
68-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
69-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
70-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
71-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
72-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
73-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
74-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
75-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
76-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
77-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
78-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
79-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
80-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
81-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
82-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
83-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
84-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
85-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
86-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
87-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
88-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
89-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
90-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
91-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
92-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
93-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
94-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
95-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
96-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
97-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
98-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
99-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1
00-0101851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

43-Data Prevista 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\$
01/01/10	1-1 Tratamento Odontológico	1-1 Total 2-Parcela	12812100	13500	01000
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura do Responsável					
54-Data, local e Assinatura do Responsável					
55-Data, local e Assinatura do Responsável					
56-Data, local e Assinatura do Responsável					
57-Data, local e Assinatura do Responsável					
58-Data, local e Assinatura do Responsável					
59-Data, local e Assinatura do Responsável					
60-Data, local e Assinatura do Responsável					
61-Data, local e Assinatura do Responsável					
62-Data, local e Assinatura do Responsável					
63-Data, local e Assinatura do Responsável					
64-Data, local e Assinatura do Responsável					
65-Data, local e Assinatura do Responsável					
66-Data, local e Assinatura do Responsável					
67-Data, local e Assinatura do Responsável					
68-Data, local e Assinatura do Responsável					
69-Data, local e Assinatura do Responsável					
70-Data, local e Assinatura do Responsável					
71-Data, local e Assinatura do Responsável					
72-Data, local e					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

335013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 17/12/10	4-Data de Autorização 11/05/10 17/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686174	7-Data Validade da Serinha 04/11/10 12/10
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	--

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE CARLOS DA SILVA		14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano MARCIA ELISA AVOLETA

16-Atendimento a RN MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	18-Número no CRO 50514	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11311016131891850111	22-Nome do Contratado Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	23-Número no CRO 50514	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		27-Número no CRO 50514	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100226

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 Obs - 42-Assinatura
1-001851100226		RESTAURAÇÃO RESINA	35	DVOM	1	11221010	0,00			29/07/20	Segantin
2-001851100226		RESTAURAÇÃO RESINA	45	DVOM	1	11221010	0,00			29/07/20	Segantin
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1361010	0,00			29/07/20	Segantin
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1361010	0,00			29/07/20	Segantin
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3161010	47-Valor Total R\$ 173,00	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 29/07/20 Marcia Segantin	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 José Carlos da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 Marcia Segantin	53-Data, local e Confirmação da Empresa 29/07/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Dr. Marcia P. A. Segantin
---------------	---	--	---	---	---

Cirurgião Dentista
CRO / SP - 50.514

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



340079
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 17/12/10	4-Data de Autorização 10/14/10 18/12/10	5-Sanidade AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708983	7-Data Validade da Sanidade 11/13/11 01/12/10
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1010210215105106008293011		9-Piloto POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		14-Telefone (1141) 919111-915151	
15-Data Validade da Carteira 10/10/10 12/12/10		16-Data Validade da Carteira 10/10/10 12/12/10		17-Data Validade da Carteira 10/10/10 12/12/10		18-Data Validade da Carteira 10/10/10 12/12/10	

19-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		18-Número no CRO 50514		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113110613819150111		22-Nome do Contratado Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		23-Número no CRO 50514		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		27-Número no CRO 50514		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Código CBO S	

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 Glosa 42-Asinatura
1-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	05/08/20
2-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	05/08/20
3-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	05/08/20
4-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	05/08/20
5-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	05/08/20
6-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	05/08/20
7-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
8-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-0	01815100119161	RESTAURAÇÃO RESINA									

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 113610101	47-Valor Total R\$ 201,20	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	-------------------------------------	------------------------------	---

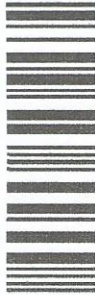
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 05/10/2010 Marília Piva Almeida	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 Marília Piva Almeida	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 Marília Piva Almeida	53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/2010
---------------	--	--	--	--

Dra. Marília Piva Almeida
Cirurgiã Dentista
CRO/SP - 50.514

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



336550
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 6 / 1 0 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7692560

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 1 8 / 1 0 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 8 / 1 0 / 1 2 0

1-Registro ANS
4064 14

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
1 0 1 0 2 0 2 1 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 2 9 3 0 1

15-Nome do titular do plano
ISAURA PEREIRA LEITE

14-Telefone
(11) 4 9 9 1 1 1 9 5 8 5

13-Idade
28/12/1967

16-Atendimento a RN
MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

20-Código CBO S
025 -

19-UF
SP

18-Número no CRO
50514

22-Nome do Contratado Executante
MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 3 1 1 0 6 3 8 9 8 1 5 0

25-Código CNES
SP

24-UF
SP

23-Número no CRO
50514

26-Nome do Profissional Executante
MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN

28-Número no CRO
50514

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSORTEO EM PRÓTESE

33-Dente / Região
AS

34-Face
1

35-Old
1

36-Quantidade US
1 9 6 1 0 0

37-Valor
9 0 1 1 6

38-Franquia/Co-participação R\$
S 0 5 0 8 / 2 0

39-Aut
S

40-Data de Realização
0 5 / 1 2 / 2 0

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Emergência

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total Quantidade US

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura da Empresa

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

109-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

112-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

113-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

116-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

117-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

118-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

119-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

121-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

122-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

123-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

124-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

125-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

126-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

127-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

128-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

129-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

130-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

131-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

132-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

133-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

134-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

135-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

136-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

137-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

138-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

139-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

140-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

141-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

142-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

143-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

144-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

145-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

146-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

147-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

148-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

149-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

150-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

151-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

152-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

153-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

154-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

155-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

156-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

157-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

158-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

159-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

160-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

161-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

162-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

163-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

164-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

165-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

166-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

167-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

168-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

169-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

170-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

171-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

172-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

173-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

174-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

175-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

176-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

177-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

178-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

179-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

180-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

181-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

182-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

183-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

184-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

185-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

186-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

187-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

188-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

189-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

190-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

191-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

192-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

193-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

194-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

195-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

196-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

197-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

198-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

199-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

200-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

201-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

202-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

203-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

204-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

205-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

206-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

207-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

208-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

209-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

210-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

211-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

212-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

213-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

214-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

215-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

216-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

217-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

218-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

219-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

220-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

221-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

222-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

223-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

224-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

225-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

226-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

227-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista</



2-Nº



340680
INTERCambio

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
7711753

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
[2][0][1][0] / [0][7] / [2][0]

ata de Emissão da Guia
1161101712101

1-RegistroANS
406414

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0101201253063360100010102		11-Data Validade da Carteira ____/____/____	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	

13-Nome	JAMES CARDOSO VARGA
14-Telefone	() - - - - - - - - - -
15-Nome do titular do plano	SAMUEL OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR

Dados do Conselho Responsável pelo Tratamento

18-Adendo a RN	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		18-Número no CRO 50514	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
----------------	---	--	----------------------------------	--------------------	---------------------------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11311061381981501	22-Nome do Contratado Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	23-Número no CRO 50514	24-Uf SP	25-Código CNES	Enviar - RPX (F) 85200166-32
--	---	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

28-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	26-UF	29-Código CBO S
MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	50514	SP	

Plano de Treinamento / Procedimentos Solicitados											
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Danie Região	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

[illegible][illegible]

	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	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible][illegible]

A vertical timeline with a central line and tick marks on both sides, spanning from 10 to 1990.

[illegible][illegible][illegible]

43-Data	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1/1	1- Tratamento Odontológico	1-Total	1258,00	1418,00	
1/1	2-Exame Radiológico	2-Parcial	10,00	0,00	
1/1	3-Ortodontia	3-Ortodontia	10,00	0,00	
1/1	4-Urgência/Emergência	4-Urgência/Emergência	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (voluntariamente) 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

19-Observação

Dr. <u>Marcelo Dentista</u>	60 Data: Insc. no Conselho de Dentistas (Especialidade)	60 Data: Insc. no Conselho de Dentistas (Especialidade)
<u>Cirurgião</u>		
<u>50 514</u>		<u>50 514</u>

51 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)	52 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)	53 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)	54 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)
51 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)	52 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)	53 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)	54 - Juiz, local e Assinatura do Juiz(a) - Juiz(a) - Juiz(a)

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



342407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 11/2101	4-Data de Autorização 12/31/07 11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7719338	7-Data Validade da Senha 11/8/11 01/2101
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	--------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------	--

13-Nome JAMES CARDOSO VARGA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano SAMUEL OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR	
--------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 50514		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
---	--	---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113110638915101111		22-Nome do Contratado Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN	
--------------------------	--	--	--	---	--	---	--

23-Número no CRO 50514		24-UF SP		25-Código CNES		Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85400220-32	
---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	---	--

26-Nome do Profissional Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		27-Número no CRO 50514		28-UF SP		29-Código CBO S	
---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Raigão 32		34-Fase 32		35-Old 1	
---	--	-----------------------	--	---------------	--	-------------	--

30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Raigão	
-----------	--	---------------------------	--	--------------	--	-----------------	--

34-Fase		35-Old		36-Quantidade US		37-Valor	
---------	--	--------	--	------------------	--	----------	--

38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
---------------------------------	--	--------	--	-----------------------	--	----------------------------------	--

43-Data Previsão 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\$		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
--------------------	--	---	--	---------------	--	---	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Cartão de Empresa		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
---	--	---	--	------------------------------------	--	--	--

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
---	--	--	--	--	--	--	--

59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente		90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
--	--	--	--	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



342420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/17 17/12/10	4-Data de Autorização 12/10/17 17/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7719354	7-Data Validade da Santa 11/18/11 10/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10102102151055016011811818181011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JORGETE MOSCA PEREIRA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JORGETE MOSCA PEREIRA		

16-Mendicente a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		18-Número no CRO 50514	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113110638915011111		22-Nome do Contratado Excecante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		23-Número no CRO 50514	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (F) 85200158-16
26-Nome do Profissional Excecante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		27-Número no CRO 50514		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa 42-Assinatura
1-010181512100115181			TRATAMENTO ENDODÓNTICO	16		1	15331010	01010			15/10/20	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	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 1153131010	47-Valor Total R\$ 29815	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 21/10/17 20 Marília P. A. L. Segantin	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário - Responsável 21/10/17 20 J. Mosca Pereira	52-Data, Local e Assinatura da Empresa 21/10/17 20 Dr. Marília P. A. L. Segantin
---------------	--	--	---

Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

CRO / SP - 50.514