



Digitalizado com CamScanner

2-N⁺

Declaro, ainda que o(a) procedente(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(a), foram(m) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, Autorizo e Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao pagamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

24



Digitalizado com CamScanner

24



Verifico, que após ter sido devidamente examinado todos os propostos, nos termos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceitar e autorizar a execução do tratamento, compreendendo-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 autorizado(s), (foram realizado(s) com meu conhecimento e do 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

2



10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

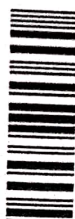
Digitalizado com CamScanner



Impressão: 14/03/2013 14:53:39

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



493456
INTERCÂMBIO

1-Registo AIS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 10/08/2013 11:21	3-Dia de Autenticação 11/11/2013 11:21	4-Sentença AUTORIZADO	5-Valor da Guia Principal 8364704	6-Código de Verificação da Guia 10/06/2013 11:21
8-Nome do Paciente 0101210121511819101015101011810191011					
9-Nome do Paciente 0101210121511819101015101011810191011					
10-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
11-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
12-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
13-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
14-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
15-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
16-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
17-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
18-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
19-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
20-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
21-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
22-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
23-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
24-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
25-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
26-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
27-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
28-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
29-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
30-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
31-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
32-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
33-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
34-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
35-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
36-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
37-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
38-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
39-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
40-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
41-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
42-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
43-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
44-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
45-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
46-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
47-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
48-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
49-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
50-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
51-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
52-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
53-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
54-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
55-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
56-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
57-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
58-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
59-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
60-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
61-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
62-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
63-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
64-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
65-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
66-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
67-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
68-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
69-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
70-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
71-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
72-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
73-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
74-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
75-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
76-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
77-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
78-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
79-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
80-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
81-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
82-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
83-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
84-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
85-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
86-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
87-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
88-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
89-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
90-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
91-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
92-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
93-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
94-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
95-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
96-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
97-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
98-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
99-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					
100-Nome do Paciente MANOELA FERNANDES					

Paula Kindermann
CRO-SC 16846

24



Declaro, ainda que o(s) procediment(s) acima, e por mim assinado(s), informo realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.

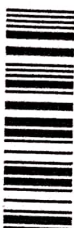
Dr. K. Kindermann
Chirurgiä-dentista
CRO-SC 16846

24

confronto, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tiveram 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 quando previsto em contrato.

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]



487129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8340210	7-Data Validade da Senha 29/10/2012
8-Nome do Beneficiário 00202528828500032402			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome PAULO ROBERTO CAETANO DE ROMA			14-Telefone 19/11/2011	15-Nome do titular do plano JESARELA CAETANO	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN		18-Número no CRO 16846
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 08768759916			22-Nome do Contratado e executor PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executor PAULA CRISTINA KINDERMANN			27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S
30-Tabela / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

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	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	D	1	61,00	0,00			30/10/2012		Paula Kindermann
2	0085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	85	DM	1	88,00	0,00			30/10/2012		Paula Kindermann
3	0085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	OD	1	88,00	0,00			30/10/2012		Paula Kindermann
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 237,00	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 30/10/2012 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 30/10/2012 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 Jesarela	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2012

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



467658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/12	4-Data de Autorização 30/03/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8258649	7-Data Validade da Senha 03/05/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528828500032402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAULO ROBERTO CAETANO DE ROMA		14-Telefone 19/11/2011	15-Nome do titular do plano JESARELA CAETANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN		18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	84	OM	1	88,00	0,00			30/03/12		<i>Paula</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 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 30/03/12 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/12 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/12 Jesarela	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/12 Paula Kindermann Cirurgiã-dentista CRO-SC 16846
--	--	--	---



508363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8421946	7-Data Validade da Senha 23/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253103030000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AGATHA CRYSTIANE FRANCO PINHEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AGATHA CRYSTIANE FRANCO PINHEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	27-Número no CRO 16846	28-UF SC	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 Glosa (2-Assinatura)
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	12		1	73,00	0,00			25/03/21	Agatha
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão 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 73,00	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 25/03/21 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/21 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/03/21 Agatha P	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/03/21 Paula Kindermann Cirurgiã-dentista CRO-SC 16846
--	--	--	---



511629
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/03/2013	4-Data de Autorização 30/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8435861	7-Data Validade da Senha 28/06/2013
8-Número da Carteira 00202525764500010101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa E DO ROCIO BERTON COSMO A		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome SILVANA CAMARGO SCHMID			
14-Telefone 07/03/1993		15-Nome do titular do plano SILVANA CAMARGO SCHMID			
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN					
18-Número no CRO 16846		19-UF SC		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916		22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN		23-Número no CRO 16846	
24-UF SC		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	
27-Número no CRO 16846		28-UF SC		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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 Cixa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00			30/03/2013		SILVANA
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			30/03/2013		SILVANA
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			30/03/2013		SILVANA
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00			30/03/2013		SILVANA
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			30/03/2013		SILVANA
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			30/03/2013		SILVANA
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 366,00	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 30/03/2013 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/2013 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/2013 SILVANA CAMARGO SCHMID	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/2013 Paula Kindermann Cirurgião-dentista CRO-SC 16846
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



468804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012		4-Data de Autorização 03/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8263497		7-Data Validade da Senha 04/10/2012		
8-Número da Carteira 002025335026000001011												
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANDRESSA TAVARES												
14-Telefone () -												
15-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 12/03/1999												
16-Atendimento a RN N												
17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916						22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN						
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN						27-Número no CRO 16846						
28-UF SC						29-Código CBO S						
25 - 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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00			03/10/2012		Andressa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Anestesia 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		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 03/10/2012 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012 Andressa Tavares	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2012
--	--	--	---

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24"

471642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/02/21		4-Data de Autorização 17/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8277191		7-Data Validade da Senha 08/05/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202533917600000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome AFRANIO MACHADO BRANCO RAMOS											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano AFRANIO MACHADO BRANCO RAMOS											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN											
18-Número no CRO 16846											
19-UF SC											
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08768759916											
22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN											
23-Número no CRO 16846											
24-UF SC											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN											
27-Número no CRO 16846											
28-UF SC											
29-Código CBO S											

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00			24/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 61,00		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 24/03/21 Paula Kindermann			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21 Paula Kindermann			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21			53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 13/12/11	4-Data de Autorização 12/4/10 13/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8418314	7-Data Validade da Guia 12/2/10 6/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

507446
INTERCÂMBIO

8-Número do Contrato 01012012526113110101014101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VOX COMERCIO DE AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome LUANA APARECIDA DA SILVA	25/03/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUANA APARECIDA DA SILVA
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Abastecimento e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CRO S SC
----------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181761817519116	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CRO S SC
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CRO S SC
---	---------------------------	-------------	-----------------------

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Mat	38-Franquia Co-autopagável US	39-At	40-Data de Realização	41-Mat	42-Resumo
1-10	10181761817519116	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
2-10	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
3-10	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
4-10	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
5-10	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
6-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
7-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
8-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
9-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
10-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
11-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
12-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
13-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
14-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10
15-1	10181761817519116	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36	0,00	0,00	1	10/10/10	1	10/10/10

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Abastecimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quilograma US	47-Valor Total R\$	48-Valor Total Frete / Co-participação R\$
--	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------	--

Declaramos que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceite e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que elabora este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

30-Data Real e Assinatura do Contratado ou Solicitante
12/11/10 13/12/11 Paula Kindermann

31-Data Real e Assinatura do Contratado ou Solicitante
12/11/10 13/12/11 Paula Kindermann

32-Data Real e Assinatura do Contratado ou Solicitante
12/11/10 13/12/11 Paula Kindermann

33-Data Real e Assinatura do Contratado ou Solicitante
12/11/10 13/12/11 Paula Kindermann

Paula Kindermann,
Cirurgiã-dentista,
CRO-SC 16846

2

43-Obsewvrcb



Digitalizado com CamScanner

22



487748
INTERCÂMBIO

50

100

11

Assim este documento, de valor

urgiiă-dentistă

CR0-SC 16846

487148
INTERCÂMBIO

Aut.-Kinderhann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846

[illegible]

13-Data Previsto Término do Tratamento										14-Tipo de Alinhamento										15-Tipologia Odontológico 3-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 1-Tratamento Odontológico										16-Tipo de Financiamento										17-Valor Total R\$										18-Valor Total US										19-Total Quantidade US										20-Total 2-parcial										21-Total 2-parcial										22-Total 2-parcial										23-Total 2-parcial										24-Total 2-parcial										25-Total 2-parcial										26-Total 2-parcial										27-Total 2-parcial										28-Total 2-parcial										29-Total 2-parcial										30-Total 2-parcial										31-Total 2-parcial										32-Total 2-parcial										33-Total 2-parcial										34-Total 2-parcial										35-Total 2-parcial										36-Total 2-parcial										37-Total 2-parcial										38-Total 2-parcial										39-Total 2-parcial										40-Total 2-parcial										41-Total 2-parcial										42-Total 2-parcial										43-Total 2-parcial										44-Total 2-parcial										45-Total 2-parcial										46-Total 2-parcial										47-Total 2-parcial										48-Total 2-parcial										49-Total 2-parcial										50-Total 2-parcial										51-Total 2-parcial										52-Total 2-parcial										53-Total 2-parcial										54-Total 2-parcial										55-Total 2-parcial										56-Total 2-parcial										57-Total 2-parcial										58-Total 2-parcial										59-Total 2-parcial										60-Total 2-parcial										61-Total 2-parcial										62-Total 2-parcial										63-Total 2-parcial										64-Total 2-parcial										65-Total 2-parcial										66-Total 2-parcial										67-Total 2-parcial										68-Total 2-parcial										69-Total 2-parcial										70-Total 2-parcial										71-Total 2-parcial										72-Total 2-parcial										73-Total 2-parcial										74-Total 2-parcial										75-Total 2-parcial										76-Total 2-parcial										77-Total 2-parcial										78-Total 2-parcial										79-Total 2-parcial										80-Total 2-parcial										81-Total 2-parcial										82-Total 2-parcial										83-Total 2-parcial										84-Total 2-parcial										85-Total 2-parcial										86-Total 2-parcial										87-Total 2-parcial										88-Total 2-parcial										89-Total 2-parcial										90-Total 2-parcial										91-Total 2-parcial										92-Total 2-parcial										93-Total 2-parcial										94-Total 2-parcial										95-Total 2-parcial										96-Total 2-parcial										97-Total 2-parcial										98-Total 2-parcial										99-Total 2-parcial										100-Total 2-parcial										101-Total 2-parcial										102-Total 2-parcial										103-Total 2-parcial										104-Total 2-parcial										105-Total 2-parcial										106-Total 2-parcial										107-Total 2-parcial										108-Total 2-parcial										109-Total 2-parcial										110-Total 2-parcial										111-Total 2-parcial										112-Total 2-parcial										113-Total 2-parcial										114-Total 2-parcial										115-Total 2-parcial										116-Total 2-parcial										117-Total 2-parcial										118-Total 2-parcial										119-Total 2-parcial										120-Total 2-parcial										121-Total 2-parcial										122-Total 2-parcial										123-Total 2-parcial										124-Total 2-parcial										125-Total 2-parcial										126-Total 2-parcial										127-Total 2-parcial										128-Total 2-parcial										129-Total 2-parcial										130-Total 2-parcial										131-Total 2-parcial										132-Total 2-parcial										133-Total 2-parcial										134-Total 2-parcial										135-Total 2-parcial										136-Total 2-parcial										137-Total 2-parcial										138-Total 2-parcial										139-Total 2-parcial										140-Total 2-parcial										141-Total 2-parcial										142-Total 2-parcial										143-Total 2-parcial										144-Total 2-parcial										145-Total 2-parcial										146-Total 2-parcial										147-Total 2-parcial										148-Total 2-parcial										149-Total 2-parcial										150-Total 2-parcial										151-Total 2-parcial										152-Total 2-parcial										153-Total 2-parcial										154-Total 2-parcial										155-Total 2-parcial										156-Total 2-parcial										157-Total 2-parcial										158-Total 2-parcial										159-Total 2-parcial										160-Total 2-parcial										161-Total 2-parcial										162-Total 2-parcial										163-Total 2-parcial										164-Total 2-parcial										165-Total 2-parcial										166-Total 2-parcial										167-Total 2-parcial										168-Total 2-parcial										169-Total 2-parcial										170-Total 2-parcial										171-Total 2-parcial										172-Total 2-parcial										173-Total 2-parcial										174-Total 2-parcial										175-Total 2-parcial										176-Total 2-parcial										177-Total 2-parcial										178-Total 2-parcial										179-Total 2-parcial										180-Total 2-parcial										181-Total 2-parcial										182-Total 2-parcial										183-Total 2-parcial										184-Total 2-parcial										185-Total 2-parcial										186-Total 2-parcial										187-Total 2-parcial										188-Total 2-parcial										189-Total 2-parcial										190-Total 2-parcial										191-Total 2-parcial										192-Total 2-parcial										193-Total 2-parcial										194-Total 2-parcial										195-Total 2-parcial										196-Total 2-parcial										197-Total 2-parcial										198-Total 2-parcial										199-Total 2-parcial										200-Total 2-parcial										201-Total 2-parcial										202-Total 2-parcial										203-Total 2-parcial										204-Total 2-parcial										205-Total 2-parcial										206-Total 2-parcial										207-Total 2-parcial										208-Total 2-parcial										209-Total 2-parcial										210-Total 2-parcial										211-Total 2-parcial										212-Total 2-parcial										213-Total 2-parcial										214-Total 2-parcial										215-Total 2-parcial										216-Total 2-parcial										217-Total 2-parcial										218-Total 2-parcial										219-Total 2-parcial										220-Total 2-parcial										221-Total 2-parcial										222-Total 2-parcial										223-Total 2-parcial										224-Total 2-parcial										225-Total 2-parcial										226-Total 2-parcial										227-Total 2-parcial										228-Total 2-parcial										229-Total 2-parcial										230-Total 2-parcial										231									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

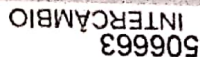
regras de contratação e de pagamento, bem como os custos previstos em contrato.

49-01667-61

51-Dia, local e Assinatura do Dirigente Socialista	52-Dia, local e Assinatura do Dirigente Cristão	53-Dia, local e Assinatura do Beneditino / Responsável	54-Dia, local e Assinatura do Beneditino / Responsável
Paula Kindermann	Paula Kindermann	Paula Kindermann	Paula Kindermann

Paula Kindermann
Cirurgia-dentista
CRO-SC 16846

442



[Handwritten signature]



1-Registro NMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03/1211	4-Data de Autorização 11/11/03/1211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8344354	7-Data Validade da Seria 13/10/10/15/1211	488147 INTERCÂMBIO	JACOIS DO BENEFIGLIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------	----------------------

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 8 7 0 0 0 1 0 2		9-PBno POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDETE MARIA DAL BELLO DE OLIVEIRA						14-Telcane 30/05/1963			
15-Nome do titular do plano SEBASTIAO DE OLIVEIRA									

15-Identificação e RN		17-Nome do Profissional Solicitante		PAULA CRISTINA KINDERMANN		18-Número do CRO		16846	19-UF	SC	20-Código CBO S		025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		1087161871519116		22-Nome do Contratado Exequente		23-Número no CRO		16846	24-UF	SC	25-Código CMES		Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exequente		PAULA CRISTINA KINDERMANN		27-Número no CRO		28-UF		16846	29-UF	SC	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													

[illegible]

	43-Data Previsto Término do Tratamento // //	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodoncia 4-Igênica/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US\$ 7 3 0 0 .	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
15-	/					
14-	/	*				
13-	/					
12-	/					
11-	/					
10-	/					
9-	/					
8-	/					
7-	/					
6-	/					
5-	/					
4-	/					
3-	/					

Declaro, que após ler e analisar detalhadamente o presente contrato, bem como os custos previstos em contrato, declaro, que não tenho dúvidas quanto ao conteúdo e alcance do mesmo, e por mim assinado(s), fornecido(s) e aceite(s), comprometo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-0625-61

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-dentista Solidário [Assinatura] 13/11/2013	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-dentista [Assinatura] 13/11/2013	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [Assinatura] 13/11/2013	53-Dia, local e Cartão de Empresa [Assinatura] 13/11/2013
---	---	---	--

Paula Kindermann
Cirurgiã-dentista
CRO-SC 16846



24

[illegible][illegible]

Declaro, que após ler sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, atos, o por mim assinado(s) abaixo, e por mim realizado(s), informo realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, Autuação a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores contratuais, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, o por mim assinado(s), informado(s), informado(s) com meus custos conforme previsto em contrato.

49-068730-64

50-DATA, local e Assinatura do Chirurgião Dentista Solicitante	51-DATA, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-DATA, local e Assinatura do Bancário / Responsável	53-DATA, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
Paula Kundmann	Paula Kundmann	Paula Kundmann	Paula Kundmann

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota 42-Assinatura
CONSULTA ODONTOLÓGICA													
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Taxa Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsto Término do Tratamento

42-Exame Radiológico 2-Cronodoncia 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

49-Observação

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos e benefícios de realização, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações de pagamento estabelecidas em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado a partir com os custos conforme previsto em contrato.

19-03494

51-Dire. local e Assessoria do Conselho Municipal de Saúde	Paulo Rindermann	52-Dire. local e Assessoria do Departamento Regional de Saúde	Rindermann	53-Dire. local e Assessoria do Conselho Municipal de Saúde	Paula Rindermann	54-Dire. local e Assessoria do Conselho Municipal de Saúde	Cirurgião-dentista
--	------------------	---	-----------------------	--	------------------	--	--------------------

Paula Kindermann
Cirurgia-dentista
CRO-SC 16846

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



486527
INTERCAMBIO

025 - Faturar Empresa

[illegible]

43-Data Preencha Tratando o Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-ExameRadiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quotado US 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0	48-Total Frequentes / Captações R\$
--	---	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

[illegible]

Paula Kindermann
Cirurgia-dentista
CRO-SC 16846

Paula Kindermann
Chirurgia-dentista
CRO-SC 16846

[illegible][illegible]

Declaro, que após ler o presente termo de prestação de serviços, concordo com a realização do tratamento, sob a orientação e acompanhamento do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, ainda que (s) procedimentos (s) descritos (s) acima, e por mim autorizados (s). 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.

0903410000-67

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/10/2012 Paula Kindermann	10/10/2012 Paula Kindermann	10/10/2012 Paula Kindermann



Cirurgia-dentista
CRO-SC 16846

[illegible][illegible][illegible]

09-03000-61

52-Dala, local e Assinatura do Bancário / Responsável	52-Dala, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dala, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
Paula Kundermann	Paula Kundermann	Paula Kundermann
53-Dala, local e Caminho da Empresa		
Paula Kundermann		
Cirurgia-dentista		
CRO-SC 16846		

[illegible]

[illegible][illegible]

13. Fonte: Lacerda no Lempimento de Trabalho. Obtido com licença AT PLUS, Eufitapical

50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante	51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data, local e Assinatura do Carregador de Empresa
12/10/13 12/12/13 Paula Kindermann	12/10/13 12/12/13 Paula Kindermann	12/10/13 12/12/13 Paula Kindermann	12/10/13 12/12/13 Paula Kindermann

CMO-SC 16846
Cirurgião-dentista