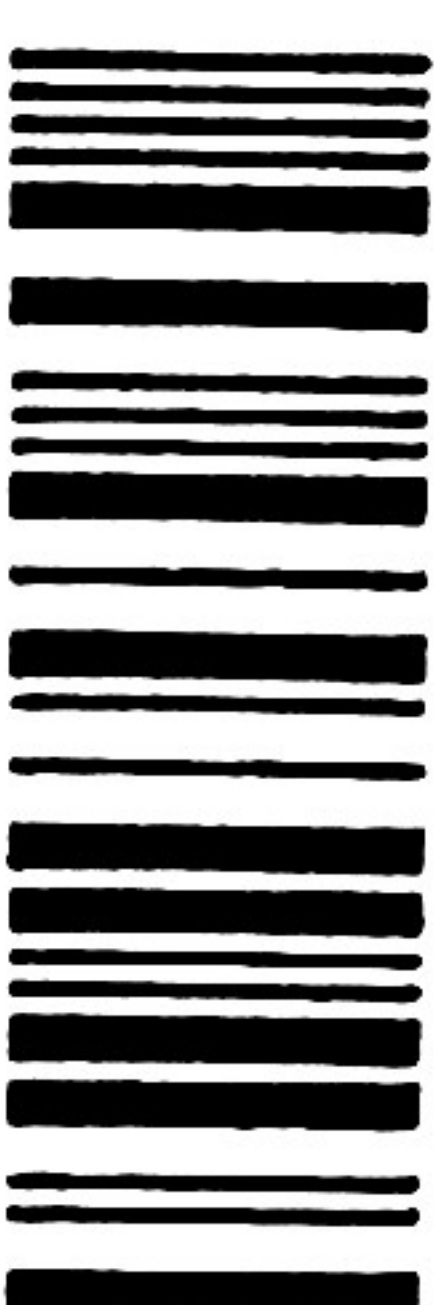




1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 20/11/2020	4-Data de Autorização 17/12/2020	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976907	7-Data Válida da Série 18/01/21	400364 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202510550601843502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO LEOCADIO TEIXEIRA NETO	02/08/1952	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE MELO TEIXEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-Uf SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249833810	22-Nome do Contratado Especiente GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-Uf SP	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Especiente GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-Uf SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Faca	35-Ord	36-Quantidade US	37-Vitor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Uf	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,8,0,0,0		0,0,0,0	SP	13/12/20	X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6,0,0,0		0,0,0,0	SP	13/12/20	X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6,0,0,0		0,0,0,0	SP	13/12/20	X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,8,0,0,0		0,0,0,0	SP	13/12/20	X
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 13/12/20	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 144,00	47-Vitor Total R\$ 0,00	48-Total Frequência / 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) 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 e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Beneficiário

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Superior 11/31/12/2020 Dra. Giovanna Tini CRO-SP-120548	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Inferior 11/31/12/2020 Dra. Giovanna Tini CRO-SP-120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/31/12/2020 LUIZ CARLOS DE MELO TEIXEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
--	--	--	---



14-Endereço Completo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x



Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
20/11/2012

4-Data de Autorização
11/2/11/2012

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7976996

7-Data Validação da Série
18/01/2012

400385
INTERCÂMBIO

Endereço do Beneficiário

8-Número da Carteira
002021510550600577403

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validada da Carteira
////

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RONALDO BELLUOMINI DALLA PIRA

14-Telefone
() 00000000

15-Nome do titular do plano
ANA RITA FELONTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
4424963810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentia/Rugão	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Atividade
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	188,00	0,00			11/12/2012		
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/12			44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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
11/11/12/12 Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120548

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante
11/11/12/12 Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120548

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/12/12 Ana Rita Felonta

53-Data, local e Cartão da Empresa
////



Line for Data Transmission

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1-Registro ANS
406414

3-Código de Emissão da Guia
117111120

4-Código de Autorização
1141121210

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8060314

7-Código Validação da Série
1151021211

420662
INTERCÂMBIO

8-Aluno da Carteira

10020251105606000577403

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Instituição
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Código Validação da Carteira
1111111111

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Atuante
RONALDO BELLUOMINI DALLA PRIA

19/02/1976

14-Tipo de Atuação

100000000000

15-Endereço do Bulevar do plano
ANA RITA FELONTA

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

16-Aluno de Curso e RN
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CBO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

44249633810

22-Nome do Contribuinte Responsável
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CBO
120548

24-UF
SP

25-Código CBO S

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CBO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO S

Fluxo de Tratamento / Procedimentos Realizados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Preço Unitário	39-Preço Total	40-Código de Referência	41-Nome do CBO	42-Atividade
1	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	36,00	1141121210	120548	025 -
2	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	36,00	1141121210	120548	025 -
3	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	36,00	1141121210	120548	025 -
4	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	36,00	1141121210	120548	025 -
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Guia Prescrita	Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Tipo de Atendimento	47-Tipo de Atendimento	48-Tipo de Atendimento	49-Tipo de Atendimento	50-Tipo de Atendimento	51-Tipo de Atendimento	52-Tipo de Atendimento	53-Tipo de Atendimento	54-Tipo de Atendimento
1141121210	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

de-Observação

55-Código, local e Assinatura do Contribuinte Responsável
1141121210

56-Código, local e Assinatura do Contribuinte Responsável
1141121210

57-Código, local e Assinatura do Beneficiário
1141121210

58-Código, local e Assinatura da Empresa
1111111111

DRA. GIOVANNA TINI
CRO - SP 120 548

DRA. GIOVANNA TINI
CRO - SP 120 548



437968
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB
406414

3-Data de Emissão do Guia
10/09/11

2-Data de Autorização
11/04/11

5-Status
AUTORIZADO

6-Número do Guia Original
6132739

7-Data de Validade do Guia
10/09/13

8-Endereço do Cliente
0002025276080800005501

9-Forma de Pagamento
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço do Cliente
PITLAK CIA LTDA

11-Data de Validade do Guia
10/09/13

12-Atividade
MARCELO HERCULANO DA SILVA

13-Data de Emissão do Guia
07/04/1979

14-Data de Validade do Guia
MARCELO HERCULANO DA SILVA

15-Endereço do Cliente
N

16-Endereço do Cliente
GIOVANNA FRANCO TINI

17-Endereço do Cliente
120548

18-Endereço do Cliente
SP

19-Endereço do Cliente
120548

20-Endereço do Cliente
SP

21-Endereço do Cliente
GIOVANNA FRANCO TINI

22-Endereço do Cliente
120548

23-Endereço do Cliente
SP

24-Endereço do Cliente
GIOVANNA FRANCO TINI

25-Endereço do Cliente
120548

26-Endereço do Cliente
SP

27-Endereço do Cliente
GIOVANNA FRANCO TINI

28-Endereço do Cliente
GIOVANNA FRANCO TINI

29-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

30-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

34-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

35-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

36-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

37-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

38-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

39-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

40-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

41-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

42-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

43-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

44-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

45-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

46-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

47-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

48-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

49-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

50-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

51-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

52-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

53-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

54-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

55-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

56-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

57-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

58-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

59-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

60-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

61-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

62-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

63-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

64-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

65-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

66-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

67-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

68-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

69-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

70-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

71-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

72-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

73-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

74-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

75-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

76-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

77-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

78-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

79-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

80-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

81-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

82-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

83-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

84-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

85-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

86-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

87-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

88-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

89-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

90-Endereço do Cliente
CONSULTA ODONTOLÓGICA



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2020	4-Data de Autorização 14/12/2020	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8137470	7-Data Validade da Serção 11/03/21
Dados do Beneficiário			439064 INTERCÂMBIO		

8-Número da Carteira 002025306560000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FRANCIELI TENEDINI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCIELI TENEDINI
-------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 120548	18-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Amendments a RN N	17-Nome do Profissional Substituto GIOVANNA FRANCO TINI	19-UF SP	21-UF SP	Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Fecha	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Moção da Guia	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00			18/12/20		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00			18/12/20		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00			18/12/20		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00			18/12/20		X
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Substituto 18/12/20 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20 Francieli Tenedini	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	--	-------------------------------------