



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 8/12/01	4-Data de Autenticação 11/7/10 8/12/01	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7785062	7-Data Validade da Serção 11/1/11 1/12/01
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025296552000001102	9-Próximo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11 1/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANA DIAS SIMPLICIO	16/09/2002	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alencamento 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 1414249633810	22-Nome do Contratado Estudante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Estudante 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/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cose	42-Assinatura
1	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,10	0	0,00		10/10/10		
2	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	0	0,00		10/10/10		
3	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,10	0	0,00		10/10/10		
4	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	0	0,00		10/10/10		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/10 12/12/01	44-Tipo de Alencamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 11,11
---	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 01/11/10 12/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10 12/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/10 12/12/01	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/1/11 1/12/01
--	--	--	---



337323
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/07/20	4-Data de Autuação 12/11/07/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696503	7-Data Válida da Série 10/8/11/01/20
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530655600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

FRANCIELI TENEDINI

28/03/1992

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Pai do Plano
FRANCIELI TENEDINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	----------------------------	-------------	---

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

26-Nome do Profissional Exatante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO 5
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Faca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Mai	40-Data de Realização	41-Último da Casa 42-Resposta
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00	5113110120			Francieli
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 44-Tipo de Alimentação 11/01/2012101-1-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 Frequência / 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

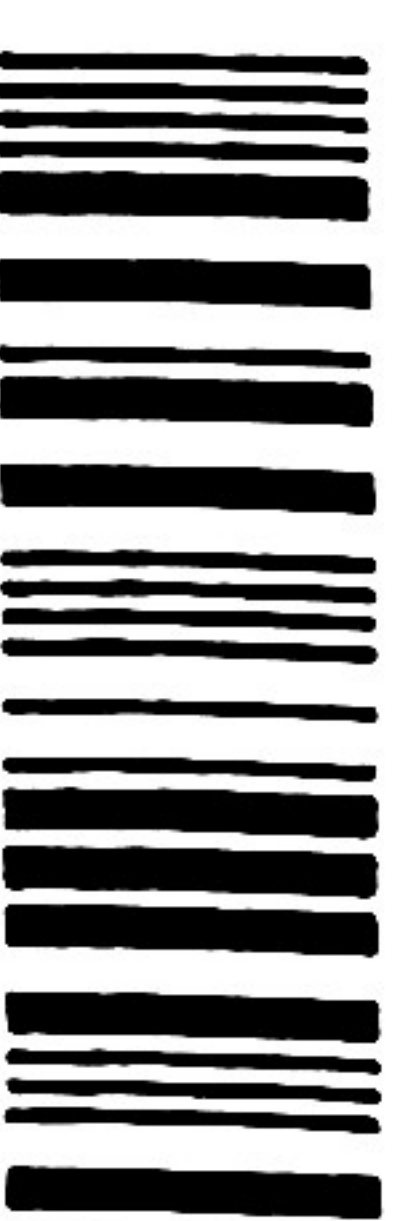
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012 Giovanna Tini CRO-SP-120548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012 Giovanna Tini CRO-SP-120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 Francieli	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
---	---	--	---



Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



337331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/07/201	4-Data de Autorização 12/11/07/201	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696528	7-Data Validade da Série 10/8/11/01/201
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010202530655600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	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-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-Uf SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 14142496381011	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-Uf SP	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-Uf SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rodado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Id	40-Data de Realização	41-Modo de Pag	42-Valor	43-Valor
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	61,00	0,00	0,00	131,00	10/12/01	Atornados		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/31/10/12/01													
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência													
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial													
46-Total Quantidade US 61,00													
47-Valor Total R\$ 0,00													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													

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

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono Solicitante 11/31/10/1201 Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 11/31/11/01/201 Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/31/10/1201 Giovanna Tini	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/31/10/1201
---	---	--	---

CRD - SP 120548



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
11/04/2018

4-Data de Autorização
11/06/2018

5-Sorte
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7788076

7-Data Válida da Guia
11/12/2018

356967
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Plano de Saúde
0002025105506004022201

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Válida da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DANIEL DE JESUS

07/08/1979

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DANIEL DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação a RUI
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO B

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CUPJ / CPF
144249633810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNE B

Enviar - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO B

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rolado	34-Atividade	35-CBO	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Cota	40-Data de Realização	41-Mês da Guia	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	18,80	0,00	0,00	0,00	16/10/2018	10	
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 Previsível Término do Tratamento
16/10/2018

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

45-Tipo de Faturamento
1-1-Tela 2-Fractal

46-Total Quantidade UB
18,80

47-Valor Total R\$
0,00

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

Declaro, que após ler e compreender o conteúdo deste guia, declaro estar ciente das condições de tratamento, conforme acima apresentado, e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/10/2018 16/9/2018 120548 Tini

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/10/2018 11/06/2018 120548 Tini

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/10/2018 11/06/2018 120548 Tini

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



356976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788101	7-Data Válida de Emissão 11/2/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025105506004022011	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome DANIEL DE JESUS	14-Data de Nascimento 07/09/1979	15-Data de Emissão do Plano DANIEL DE JESUS
----------------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CBO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44248633810	22-Nome do Contratado Encarregado GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CBO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Encarregado GIOVANNA FRANCO TINI	27-Atendimento no CBO 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-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Valor do CBO	42-Valor
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	01	61010	0,00	0,00	51611012012012	SP			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61010	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

Assinaturas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

17a. GIOVANNA TINI
CBO - SP 120 548

18a. GIOVANNA TINI
CBO - SP 120 548

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/11/09/210	4-Data de Autorização 11/5/11/01/210	6-Serviço AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7888639	7-Data Validação da Guia 12/01/12/210
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação de Carteira 11/11/11/11	12-Número no Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BIANCA DOS SANTOS CAMILO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Bêbê do Plano BIANCA DOS SANTOS CAMILO
16-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento 13/10/1983	17-Data Validação de Carteira 12/01/12/210	18-Número no Cartão Nacional de Saúde 379728 INTERCÂMBIO

19-Número de Carteira N	20-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO 5	30-Data de Realização 12/11/09	31-Nome de Clauso 12/11/09	

32-Tipo de Tratamento / Procedimento Solicitado	33-Descrição	34-Quantidade US	35-Valor	36-Franquia/Co-participação R\$	37-Data de Realização	38-Data de Clauso	39-Data de Clauso
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	13,6,10,0	0,0,0,0	12/11/09	12/11/09	12/11/09
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	13,6,10,0	0,0,0,0	12/11/09	12/11/09	12/11/09
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	13,6,10,0	0,0,0,0	12/11/09	12/11/09	12/11/09
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	13,6,10,0	0,0,0,0	12/11/09	12/11/09	12/11/09
5-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		3,4,10,0	0,0,0,0	12/11/09	12/11/09	12/11/09
6-00000000000							
7-00000000000							
8-00000000000							
9-00000000000							
10-00000000000							
11-00000000000							
12-00000000000							
13-00000000000							
14-00000000000							
15-00000000000							

40-Data Finalizada 12/11/09/210	41-Tipo de Tratamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Exame Radiológico 4-Exame Radiológico	42-Tipo de Faturamento 1-1-Todo 2-Parcial	43-Tipo de Quantidade US 1178,00	44-Valor Total R\$ 10,00	45-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
46-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/11/09/210	47-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/11/09/210	48-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/11/09/210	49-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/11/09/210	50-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/11/09/210	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/11/09/210



1-Registro AVE 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7888634	7-Data Validade da Guia 20/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Endereço do Beneficiário

9-Número da Carteira 0002025105506011569402	10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LIVIA SANTOS ALVES	14-Endereço 05/08/2015	15-Nome da Mãe do Paciente BIANCA DOS SANTOS CAMILO
-------------------------------	---------------------------	--

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Responsável GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	----------------------------	-------------	---

21-Código de Operadora / CUP / CIP 44249633810	22-Nome do Contratado Específico GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNEC
---	--	----------------------------	-------------	----------------

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

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teste	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Dia	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Indicador de Classe	42-Valor
1	008400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1			172,00	0,00			15/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/11/2012	44-Tipo de Abandono 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declino, 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(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 este 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 15/11/2012 Dr. CRÓ. SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012 Dr. CRÓ. SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/19/20	4-Data de Autenticação 15/11/01/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906172	7-Data Validação da Série 24/12/20
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

383196
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202510506011569403	9-Paciente POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO ALVES	14-Telefone 13/08/1980	15-Nome do titular do plano BIANCA DOS SANTOS CAMILO		

Dados do Corretor Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 442496338110	22-Nome do Corretor Encarregado GIOVANNA FRANCO TINI
26-Nome do Profissional Encarregado GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CBO 120548
28-UF SP	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Tipo de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Descrição	32-Dente/Régio	33-Superfície	34-Qtd	35-Quantidade US	36-Valor	37-Frango-Compensação R\$	38-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Cálculo
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	134	00	000	515110120			
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/01/20	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 3400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Frangue / Compensação R\$ 000			
49-Declaração								
50-Data, local e Assinatura do Corretor-Operadora 15/11/01/20 Dre. GR. SP						51-Data, local e Assinatura do Corretor-Operadora 15/11/01/20 Dre. GR. SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/01/20 Cecilia	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11

24



379846
INTERCÂMBIO

48-Osteoporose

Dr. Giovanni
C.O.-Sp 120

18.5



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2018	4-Data de Autorização 10/3/10/9/201	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7807705	7-Data Válida de Serina 19/11/201
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

361310
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202510550600316701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome MARIA APARECIDA DOS REIS	22/11/1959	14-Telefone () -1-11	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DOS REIS
-------------------------------------	------------	--------------------------	---

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Almôndemio 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 Específico GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNE/S 26-Código CBO S
25-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Moeda de Obra	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	510,30	109/12	201	R\$	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 013/10/12	44-Tipo de Alinhamento ☐ 1-Tratamento Ortodôntico 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 ler sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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(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 este 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 013/10/12/2018. <i>[Assinatura]</i> CRO-SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 013/10/12/2018. <i>[Assinatura]</i> CRO-SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 013/10/12/2018. <i>[Assinatura]</i> CRO-SP 120.548	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	--	--



1-Agosto ANS 406414	3-Dia de Embaralho da Oula 121109120	4-Dia de Autorização 1251109120	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Oula Principal 7888990	7-Dia Validade da Oula 1201112120
------------------------	---	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

379839
INTERCÀMBIO

Número da Carteira																		
0	0	2	0	2	5	2	9	1	9	4	3	0	0	0	0	1	0	1

Capítulo
POS REDE PRESTADORA

10-EMPRESA
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dota Vardade do Cartier

UJ/JJ

12 de Junho do Cartão Nacional de Saúde

13-home
AMANDA VIEIRA DOS SANTOS PIRES FERREIRA

26/11/1996

14. Ticks: 

12 - Norma do Brasil do piano
AMANDA VIEIRA DOS SANTOS PIRES FERREIRA

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

16-440017570 e RN N	17-440017570 GIOVANNA FRANCO TINII
------------------------	---------------------------------------

18. Número no CRO
120548

SP20-Código CILIO B

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22 **Alma do Contraltado Executante**
GIOVANNA FRANCO TININI

23-Nuttall RD CRO
120548

24-UF SP	23-Cxogo CNEB
-------------	---------------

Relazione da Professione Esaltante
GIOVANNA FRANCO TINII

27-Aumento do CRO
120548

28-UF
SP

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

4.3-Data Previsto Término do Tratamento
12/5/2019/12/20

44-Tipo de Asendamiento
☐ 1-Asendamiento C

2-Esamen Radikalgruppen 3-Orthodonnie 4-Ungleichförmigkeit

45-Tipo de Falsamento	1-Total	2-Perda

40-Total Quantity US

47-Value Total RS

$$\overline{1011010}$$
48-Total Frequency / Co-occurrences: 15

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

18-Over-250

1251/071/2101 076 880811

151 - Data local e Assinatura do Curador-Orgão. 18698
12/5/16 17/11 2018. 6107 2018 545
epo. 5722

02-Data, local e Assinatura do Beneficiário // No-Contador

33-Datila local o Cambio de Empresa
