



425844
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081952	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601412002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDRE LUIS DE OLIVEIRA AUGUSTO		14-Telefone 16/04/1978	15-Nome do titular do plano CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANÉ GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			27/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			27/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	35,00	0,00			27/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			27/11/20		
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 140,00	47-Valor Total R\$ 420,00	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 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/20
---------------	---	---	---	---

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP. 135.995



427925
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090748	7-Data Validade da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600661801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JULIANA DE CARVALHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA DE CARVALHO
--------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			30/11/20		
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 140,00	47-Valor Total R\$ 420,00	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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa 20/11/20
---	---	---	--



427922
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012	4-Data de Autorização 13/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8090746	7-Data Validade da Senha 12/31/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600661802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDO DE CARVALHO HOTTE		14-Telefone 17/12/2013 () -	15-Nome do titular do plano JULIANA DE CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	28-UF SP	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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00			20/11/2012		
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 72,00	47-Valor Total R\$ 2160,00	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 20/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/2012
---------------	---	---	---	---

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995