

2-N⁺403192
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affidamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYANE SILVA CARVALHO

21-Código na Operação / CNPJ / CPF
08848918956

22-Nome do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

207-601-8800
THAYANE SILVA CARVALHO

Plano de Tratamiento / Procedimientos Sugeridos[illegible]

2.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

44a- Tipo de Autotratamento	
45a- Tipo de Paguamento	
46a- Total Quantidade US	
47a- Valor Total R\$	
48a- Total Fomular / Co-participacao R\$	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Declaro, ainda que o(s) procedimental(s) descrita(s) acima e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com total observância de todas as normas aplicáveis, sendo e permanecerão em estrita conformidade com os procedimentos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Medicina do Brasil, bem como com as diretrizes técnicas e científicas da Associação Brasileira de Gerontologia e Geriatria, visando à obtenção dos melhores resultados possíveis para o paciente, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos.

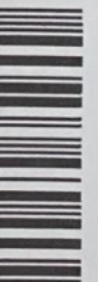
50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Dado, local e Assinatura do Dentista	

$\frac{2}{\sqrt{2}}$

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/09/11 01/210 4-Data de Autocessão 11/03/11 01/210 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7950689 7-Data Validade da Guia 10/07/10 11/211

394000 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 1 0 2 5 2 0 1 9 9 7 0 0 0 2 1 4 0 1 1

9-Pelo POS REDE PRESTADORA

10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VALDINO SANTANA SANTOS

23/02/1988

14-Telefone (14 18) 9 6 5 0 6 8 8 6

15-Nome do titular do plano VALDINO SANTANA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0188489118956 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO

26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 26-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/03/11	01/210	
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			11/03/11	01/210	
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			11/03/11	01/210	
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			11/03/11	01/210	
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			11/03/11	01/210	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Finalizado Tratamento 11/03/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 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.

Assinatura do Beneficiário

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/11 11/01/2011 THAYANE CARVALHO

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/11 11/01/2011 THAYANE CARVALHO

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/11 11/01/2011 VALDINO SANTANA SANTOS

53-Data, local e Cartão da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro/ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 00/12/10 4-Data de Autorização 12/7/11 00/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7946980 7-Data Validade da Série 10/06/10 11/12/11

393074
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/01/2012 5/2/01 9/9/70 010/04/5/02/2 10-Endereço A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Data Validade da Carteira 12/1/11 12/1/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome GRAZIELE COMIN PEDROSO 13/03/1987 14-Telefone 1501010101010 15-Nome do titular do plano GILCIMAR PEDROSO

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Atendimento a RV THAYANE SILVA CARVALHO 19-Número no CRO 15265 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181841911819156 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 6185100218

26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-	001851002181	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	1	122,00	0,00		SI	21/11/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1122,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

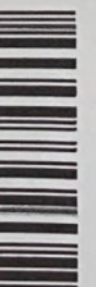
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10/11/2011 Thayne Carvalho 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10/11/2011 Thayne Carvalho 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10/11/2011 53-Data, local e Cartão da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/8/10/12/10 4-Dia de Autenticação 12/7/11/10/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7911543 7-Dia Validade da Série 12/7/11/12/12/10

384523: INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0120125290454010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome MARIZET DIAS DE OLIVEIRA

14/08/1977

14-Teléfono

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

15-Nome do titular do plano MARIZET DIAS DE OLIVEIRA

16-Alendramento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO 15265

19-UF SC

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/8/848918956 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO 15265

24-UF SC

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO

27-Número no CRO 15265

28-UF SC

29-Código CBO S

(1) 85100218 (1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QD	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda de Glosa	42-Atividade
1-0	10	8 5 1 0 0 2 1 8										
		RESTAURAÇÃO RESINA	47	DVL	1	1 2 2 1 0 0						
2-0	10	8 5 1 0 0 2 1 0 0										
		RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8 8 1 0 0 0						
3-0	10	8 5 1 0 0 2 1 8										
		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OVM	1	1 2 2 1 0 0						
4-0	10											
5-0	10											
6-0	10											
7-0	10											
8-0	10											
9-0	10											
10-0	10											
11-0	10											
12-0	10											
13-0	10											
14-0	10											
15-0	10											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/3/11/10/12/10

44-Tipo de Alendramento 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\$ 1332,00

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

12/3/11/10/12/10 Thayan Carvalha

12/3/11/10/12/10 Thayan Carvalha

12/3/11/10/12/10 Marizet Dias de Oliveira

2-N^o384493
INTERCÂMBIO

909

41-Motivo da Ciosa 42-Ass

[illegible][illegible]

2011

E	E
F	F
G	G
H	H
I	I

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

48-Total Franchise / Co-participaci	
-------------------------------------	--

o que assina esse documento

[illegible]

1141

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2Aº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/12/09/12/01

4-Data de Autorização
12/12/09/12/01

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7894383

7-Data Validade da Sentença
12/12/12/12/01

381052
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010120121511931107000101313011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COLEGIO ACADEMICO FLORENCA

11-Data Validade da Carteira
12/12/12/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TAIS CRISTINA DA SILVA PONTES

04/05/1993

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
TAIS CRISTINA DA SILVA PONTES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO
15265

19-UF
SC

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNU / CPF
101818418118191516111

22-Nome do Contratado Excludente
THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO
15265

24-UF
SC

25-Código CHES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Excludente
THAYANE SILVA CARVALHO

27-Número no CRO
15265

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-CBO	36-Quantidade US	37-Volúmen	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-000	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
6-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
7-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
8-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
9-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
10-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
11-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
12-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
13-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
14-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01
15-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12/12/09/12/01

43-Data Prescrição Termino do Tratamento
12/12/09/12/01

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
117,8

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,00

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 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/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-Quadrante

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/12/09/12/01 Thayne Carvalho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/12/09/12/01 Thayne Carvalho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/12/09/12/01 Tais Pereira

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

374752
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	
Nome	
CPF	
RG	
Endereço	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone	
E-mail	
Assinatura	

Salvador da Câmara	000202531898300000102
(a) Plano	
POS REDE PRESTADORA	
(10) Empresa	
DENTAL UNI COOPERATIVA	
(11) Data Validade do Contrato	/ /
(12) Número do Contrato	

13-Aluno	14-Talão	15-Aluno do Biliu do pino
EMERSON FABRICIO TRINDADE CARVALHO	05/01/2000	ELANGELA BARBOSA TRINDADE

Dados do Contrólado Responsável pelo Tratamento

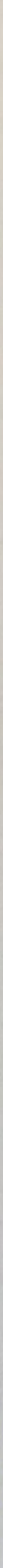
15-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO	18-Número no CRO 15265	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operação (CNPJ/CPF)	108848918956
22-Nome do Contribuinte Exatidão	THAYANE SILVA CARVALHO
23-Número no CRO	15265
24-UF	SC
25-Código CNES	

25-Nome do Profissional Emocionante	27-Matrimônio no CRO	28-UF	29-Código CRO S
THAYANE SILVA CARVALHO	15265	SC	

Piano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible][illegible][illegible]

	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	
S 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	1 3 6 1 0 0	S 1 5 1 0 3 1 2 0	
			Cheque

6. 

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

13

[illegible]

3-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Finquial / Co-participação R\$
7/5/2020	144		17.800,00	0,00	

[illegible]

Observação: Os dados foram coletados a partir de uma amostra de 100 empresas, sendo que 50 delas não responderam ao questionário. Os dados foram coletados a partir de uma amostra de 100 empresas, sendo que 50 delas não responderam ao questionário. Os dados foram coletados a partir de uma amostra de 100 empresas, sendo que 50 delas não responderam ao questionário.

[illegible]

33-Dota, local e Assinatura do Carregador-Donatário Solicitante	15/10/2020	Stracand Anello
32-Dota, local e Assinatura do Carregador-Donatário	15/10/2020	Stracand Anello
32-Dota, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	15/10/2020	Stracand Anello
33-Dota, local e Caminho da Empresa	15/10/2020	Stracand Anello

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019

4-Data de Autorização 15/10/2019

5-Santa AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7868266

7-Data Validade da Santa 13/12/2019

374750 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253189830000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELIANGELA BARBOSA TRINDADE

21/11/1978

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ELIANGELA BARBOSA TRINDADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alfabetização a RN THAYANE SILVA CARVALHO

17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO 15265

19-UF SC

20-Código CBO S

21-UF SC

22-Código CNES

23-UF SC

24-Código CBO S

25-UF SC

26-UF SC

27-UF SC

28-UF SC

29-UF SC

21-Código na Odenatura / CNPJ / CPF 08848918956

22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO 15265

24-UF SC

25-Código CNES

26-UF SC

27-UF SC

28-UF SC

29-UF SC

30-UF SC

31-UF SC

32-UF SC

33-UF SC

28-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO

29-UF SC

30-UF SC

31-UF SC

32-UF SC

33-UF SC

34-UF SC

35-UF SC

36-UF SC

37-UF SC

38-UF SC

39-UF SC

40-UF SC

41-UF SC

42-UF SC

43-UF SC

44-UF SC

45-UF SC

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidr	36-Quantidade US	37-V/Mor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4,10,10		0,10,10		15/10/2019		Angela
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6,10,10		0,10,10		15/10/2019		Angela
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6,10,10		0,10,10		15/10/2019		Angela
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6,10,10		0,10,10		15/10/2019		Angela
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6,10,10		0,10,10		15/10/2019		Angela
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/10/2019

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

45-Tipo de Fracionamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 178,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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.

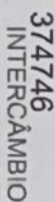
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2019 Thayne Canabarro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2019 Thayne Canabarro

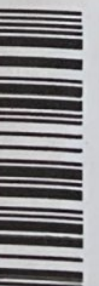
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2019 Angela

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N⁺49-Observatio

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 2-Código de Emissão da Guia 11/10/19 3-Série 12/9/10 4-Data de Autorização 12/9/10 5-Série Autorizado 7865519 6-Número da Guia Principal 374107 INTERCÂMBIO

8-Data de Nascimento 00/00/00 9-Data de Emissão da Guia 11/10/19 10-Data de Validade da Guia 11/10/19 11-Data de Validade da Guia 11/10/19 12-Data de Validade da Guia 11/10/19

13-Nome ANGELA ANDRADE DE OLIVEIRA 14-Endereço 26/07/1982 15-Endereço 16-Endereço 17-Endereço 18-Endereço 19-Endereço 20-Endereço 21-Endereço 22-Endereço 23-Endereço 24-Endereço 25-Endereço 26-Endereço 27-Endereço 28-Endereço 29-Endereço 30-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 19-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 20-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 21-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 22-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 24-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 25-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 26-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 28-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 29-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 30-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 31-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 32-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 33-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 34-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 35-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 36-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 37-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 38-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 39-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 40-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 41-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 42-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 43-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 44-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 45-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 46-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 47-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 48-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 49-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 50-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 51-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 52-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 53-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 54-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 55-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 56-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 57-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 58-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 59-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 60-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 61-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 62-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 63-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 64-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 65-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 66-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 67-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 68-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 69-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 70-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 71-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 72-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 73-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 74-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 75-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 76-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 77-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 78-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 79-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 80-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 81-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 82-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 83-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 84-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 85-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 86-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 87-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 88-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 89-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 90-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 91-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 92-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 93-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 94-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 95-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 96-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 97-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 98-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 99-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 100-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO

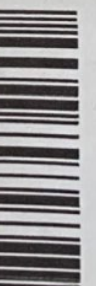
30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Custo	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	24	DO	1	8 8 0 0	10 0 0	51 29 11 09 11 20	51 29 11 09 11 20	Angela		
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	25	OM	1	8 8 0 0	10 0 0	51 29 11 09 11 20	51 29 11 09 11 20	Angela		
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Fatura / Termo do Tratamento 12/9/10 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Faturamento 1 46-Tipo de Faturamento 1 47-Valor Total R\$ 176,00 48-Tipo de Faturamento 1 49-Tipo de Faturamento 1 50-Tipo de Faturamento 1 51-Tipo de Faturamento 1 52-Tipo de Faturamento 1 53-Tipo de Faturamento 1 54-Tipo de Faturamento 1 55-Tipo de Faturamento 1 56-Tipo de Faturamento 1 57-Tipo de Faturamento 1 58-Tipo de Faturamento 1 59-Tipo de Faturamento 1 60-Tipo de Faturamento 1 61-Tipo de Faturamento 1 62-Tipo de Faturamento 1 63-Tipo de Faturamento 1 64-Tipo de Faturamento 1 65-Tipo de Faturamento 1 66-Tipo de Faturamento 1 67-Tipo de Faturamento 1 68-Tipo de Faturamento 1 69-Tipo de Faturamento 1 70-Tipo de Faturamento 1 71-Tipo de Faturamento 1 72-Tipo de Faturamento 1 73-Tipo de Faturamento 1 74-Tipo de Faturamento 1 75-Tipo de Faturamento 1 76-Tipo de Faturamento 1 77-Tipo de Faturamento 1 78-Tipo de Faturamento 1 79-Tipo de Faturamento 1 80-Tipo de Faturamento 1 81-Tipo de Faturamento 1 82-Tipo de Faturamento 1 83-Tipo de Faturamento 1 84-Tipo de Faturamento 1 85-Tipo de Faturamento 1 86-Tipo de Faturamento 1 87-Tipo de Faturamento 1 88-Tipo de Faturamento 1 89-Tipo de Faturamento 1 90-Tipo de Faturamento 1 91-Tipo de Faturamento 1 92-Tipo de Faturamento 1 93-Tipo de Faturamento 1 94-Tipo de Faturamento 1 95-Tipo de Faturamento 1 96-Tipo de Faturamento 1 97-Tipo de Faturamento 1 98-Tipo de Faturamento 1 99-Tipo de Faturamento 1 100-Tipo de Faturamento 1

50-Data Fatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/9/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/08/19 11:21

4-Data de Autenticação
14/10/19 11:21

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7654411

7-Data Validade da Série
10/07/11 12/12/10

371673
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

10/02/10 12/5/10 1/9/17 0/0/0 4/5/10 12/

9-Primo

POS REDE PRESTADORA

10-Endereço

A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
GRAZIELE COMIN PEDROSO

13/03/1987

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
GILCIMAR PEDROSO

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO
15265

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08/84/8191189156

22-Nome do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO
15265

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

27-Número no CRO
15265

28-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-V-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-10	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0					
2-10	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0					
3-10	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0					
4-10	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0					
5-10	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0					
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento
15/10/2021

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
117,8

47-Valor Total R\$
10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$
11,1

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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
15/10/2021 Thayne Carvalho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/10/2021 Thayne Carvalho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/10/2021 g

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

2-115

37070512-Número do Cartão Nacional de Saúde

5-Nome do titular do plano
KAREN BERTIZZOLO GONCALVES

[illegible]

Environ

- RX39.417 40S 1

三

三

1122

三

772277

三

—

== 22

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 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/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 previstos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

53. Data Inicial e Contributo da Empresa53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 4-Data de Autorização 11/11/09 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7840456 7-Data Validade da Guia 13/01/11 8-Data Validade da Guia 13/01/11 368130 INTERCÂMBIO

8-Nome do Beneficiário 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Data Validade da Carteira 14-Data Validade da Carteira 15-Data Validade da Carteira 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

13-Nome CLAUDIO ROBERTO FERREIRA DA ROSA 14-Teléfono 15-Data Validade da Carteira 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO S 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cir	36-Quantidade US	37-Valeo	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	3 4 10 0		0 10 0		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	3 6 10 0		0 10 0		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	3 6 10 0		0 10 0		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	3 6 10 0		0 10 0		
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	3 6 10 0		0 10 0		
6-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
7-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
8-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
9-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
10-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
11-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
12-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
13-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
14-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		
15-1	1					1	1	3 6 10 0		0 10 0		

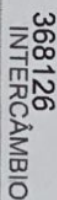
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/09 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Faturamento 1 46-Total Quantidade US 1 7 8 10 0 47-Valeo Total R\$ 10 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 Solicitante 11/11/09 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/09 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09 53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N

7-Dia Validade da Senha
30/11/20

12-Número do Cartão	
---------------------	--

LILIO BORBA025 -

111

1

o-participação R\$	39-Aut	40-Dat
--------------------	--------	--------

11115145

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

11/15/15

THE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

THE

THE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

[illegible]

2-N⁺

Dados do Beneficiário

12. Niimern da Cardis Niimern da Goud

...and the ...

--	--

SOUZA SOUSA

[illegible]ar Empresa

1997

39-Ant	40-Data de Realização
--------	-----------------------

1510912

1 || S || 1 || 5 || 0 || 9 || 2

115111019113

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	5	15	10	2	12
---	---	----	----	---	----

UCL

11

2000

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[illegible]

I I I I I

2000

[illegible]

10
10
10
10
10
10
10
10
10
10

48-

orientações do profissional assistente

conta, ao profissional contratado que

1000

Carimbo da Empresa

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



CRO: 15265/SC

Cirurgião Dentista: (16872) - THAYANE SILVA CARVALHO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
350483 - I	GILSON CARLOS DOS SANTOS (00202520199700035501)		04/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
366824 - I	JHULLYENE DAJANY DE SOUSA SOUSA (00202520199700061001)		31/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
368126 - I	EVANDRO JULIO BORBA (00202520199700061201)		01/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
368130 - I	CLAUDIO ROBERTO FERREIRA DA ROSA (00202530730300000101)		01/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
370705 - I	KAREN BERTIZZOLO GONCALVES (00202521694500028401)		04/09/2020	122	0.55	R\$ 67,10
371673 - I	GRAZIELE COMIN PEDROSO (00202520199700004502)		08/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
374107 - I	ANGELA ANDRADE DE OLIVEIRA (00202529400700000101)		11/09/2020	176	0.55	R\$ 96,80
374746 - I	MARIZET DIAS DE OLIVEIRA (00202529045400000101)		14/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
374750 - I	ELIANGELA BARBOSA TRINDADE (00202531898300000101)		14/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
374752 - I	EMERSON FABRICIO TRINDADE CARVALHO (00202531898300000102)		14/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
381052 - I	TAIS CRISTINA DA SILVA PONTES (00202519310700003301)		22/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
381055 - I	NATHAN COSER RODRIGUES (40641400000203109702)		22/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
384493 - I	BRUNA MARIOTTO (00202508239600017001)		28/09/2020	178	0.5	R\$ 89,00
384523 - I	MARIZET DIAS DE OLIVEIRA (00202529045400000101)		28/09/2020	210	0.55	R\$ 115,50
393074 - I	GRAZIELE COMIN PEDROSO (00202520199700004502)		08/10/2020	122	0.55	R\$ 67,10
393999 - I	VALMECI AMORIM ALVES (00202520206000001102)		09/10/2020	61	0.55	R\$ 33,55
394000 - I	VALDINO SANTANA SANTOS (00202520199700021401)		09/10/2020	178	0.5	R\$ 89,00
403192 - I	KAROLYNE BIANCA DA SILVA SARAIVA (00202520200300012002)		22/10/2020	88	0.55	R\$ 48,40
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:	2915	
				Nº de atendimentos:	18	
				Valor:	R\$ 1.496,45	
Totalizador						
				Nº de USOs:	2915	
				Nº de atendimentos:	18	
				Valor:	R\$ 1.496,45	

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/11/2020 10:45

Página 1 de 1