



Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



335535
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/7/10 7/12/10 4-Dia de Autorização 11/1/11/11/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 335535 7-Dia Validade da Sentença 10/5/11 10/12/10

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10/012/012/512/0119/97/0101214/011 9-Pelo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Dia Validade da Carteira 11/1/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATO SILVA DE ALMEIDA 29/06/1968 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RENATO SILVA DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Alteramento no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018141819118191516111 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-Face	35-Clin	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise-42-Assinatura
1-1001	810100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0			10/07/10	10/07/10
2-1001	852100034	TRATAMENTO EM	25		1	8,00	0			10/07/10	10/07/10
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

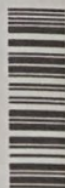
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/7/10 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Fraturamento 1 46-Tipo de Fraturamento 1 47-Volter Total R\$ 10,00 48-Total Franchise / Co-participação R\$

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 acatar 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 acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

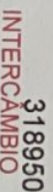
Agua autoionizada está em anexo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/7/10 53-Data, local e Endereço da Empresa

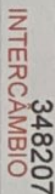


Digitalizada com CamScanner

2.1

49-Obervacão

2-N

348207
INTERCÂMBIO

100

1000

41-Motivo da Glosa 42-Assina

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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

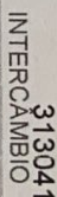
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---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

Total Emission / Carbon Dioxide Emission

ue assimila esse documento,

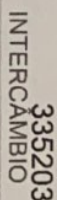
[illegible]

1000

2-N⁺

Digitalizada com CamScanner

2-N



335203
INTERCAMBIO

1000

411 Motivo da Obita 42-43

ente e arcar com os custos p
que assina esse documento

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



335197
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 4-Data de Autorização 11/07/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7687003 7-Data Validade da Guia 10/05/11 8-Data Validade da Guia 10/02/11

8-Número da Carteira 10/02/10 9-Data de Emissão da Guia 10/02/11 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 10/02/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO 16-Data de Realização 18/06/1972

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/08/14 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 61100218 26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO 3 30-Fratura/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Valor

32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Valor
1-0 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMI	1	1 2 2 0 0	1 0 0 0 0	5	14/07/20		
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
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 14/07/20 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Faturamento 1 46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 48-Total Fratura / 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 14/10/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa

2-N⁺

342233
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

MARCELO DA SILVA

20-Código CBO S 025-Código CNES29-Código CBO S38-Franquía/Co-participa[illegible]

1010

1.1010

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11111

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

made US	11718110101	4
---------	-------------	---

nto, comprometendo-me a cu
a pagar em meu nome e por

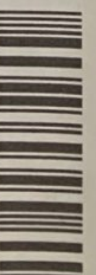
1

53-01

2000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/9/10 7/12/10 4-Data de Autorização 13/10/10 7/12/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7747081 7-Data Validade da Santa 12/11/10 12/10

348217
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário
Nome do Contado 10-02020252019970000387011 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Data Validade da Carteira 12-11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAIR ANTONIO CAMINSKI 14-7 telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano JAIR ANTONIO CAMINSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO 9 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181848191189516 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO 9

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Crd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dias de Realização	41-Moço da Guia	42-Assinatura
30-Tabala	31-Código do Procedimento	GENGIVECTOMIA	S6	1	1	14	14	10	10	10	10	10
1-0	0	1	8	2	0	0	0	1	9	2	1	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/10 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 11441010 47-Vale Total R\$ 101010 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), (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-Observação
A data de realização do procedimento está anterior à autorização pois o procedimento estava sendo cancelado pelo plano. Este procedimento foi realizado na data da restauração do dente 48, 09/08/2010.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7718633 7-Data Validação de Santa 11/8/11/2012 342235 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10102025202062000000403 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA POSTO 11-Data Validação da Carteira 12/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MATEUS FERNANDES DA SILVA 14-Telefone 15-Data Validação do plano MARCELO DA SILVA 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 1018184189118956 22-Nome do Contratado Especialista THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CHES 26-UF SC 27-Número no CRO 15265 28-Código CBO S 29-UF SC 30-Código CBO S 31-Franchise / Co-participação R\$ 32-Franchise / Co-participação R\$ 33-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Divisa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-CM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Divisa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	512,11	017/2012			intercambio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 134,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 12/11/2012/1801 Thayne Carvalho 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012/1801 Thayne Carvalho 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012/1801 Marcelo da Silva 53-Data, local e Cemitio da Empresa

2-N^a

343022
INTERCÀMBIO

1

1000

41-Motivo da Glosa 42-Assina4

2011 77

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

— 111 —

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]8-Total Franquia / Co-participação R\$

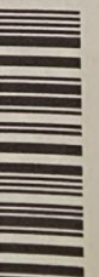
... e arcar com os custos pre-

1000

--

1001

2.4.1.1



343147
INTERCÀMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

8-Número da Carteira

13-Name

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

26-Nome do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

RESTAURAÇÃO RESINA

47 0 1 6 1 0 0 1 0 1 9 6

SINCRONIZADO

-

[illegible]

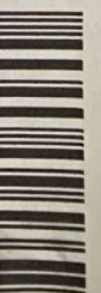
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2Aº



335119
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2017	4-Data de Autorização 11/07/2017	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7666588	7-Data Validade da Santa 10/05/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

335119
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 101012102151210119191710101021101011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO
--	------------------------------	--

16-Alinhamento a RV 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 Operadora / CNPJ / CPF 0188481911819156	22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO	23-Número no CRO 15265	24-UF SC	25-Código CHES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/07/2017		Thayane
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			11/07/2017		Thayane
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			11/07/2017		Thayane
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			11/07/2017		Thayane
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			11/07/2017		Thayane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/07/2018	44-Tipo de Alinhamento 1-1-Tratamento Ortodôntico 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\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 11/07/2017 Thayane Carvalho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/2017 Thayane Carvalho	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2017	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



331756
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/01/2012 4-Dia de Autorização 10/07/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7672120 7-Dia Validade da Santa 21/08/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102520199700020802 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RIQUELME DA COSTA RIBEIRO 16/08/2008 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA LUCIA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848918956 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CHES 26-UF SC 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CRO S

29-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	0183000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74	1	1	73,00	10,00	5,10	07/07/2012			
2-10	0183000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84	1	1	73,00	10,00	5,10	07/07/2012			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Quasevencido

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 Caimbo da Empresa

07/07/2012 Thayne Carvalho 07/07/2012 Thayne Carvalho 07/07/2012 Thayne Carvalho 07/07/2012 Thayne Carvalho

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 4-Data de Autorização 01/07/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7677766 7-Data Validade da Série 13/10/10 8-Data Validade da Guia 10/12/10

332997
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/012012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome do Titular do plano GILSON GARCIA CARDOSO 14-Telefone 9181381431914 15-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento JHULLY SANTA ROSA CARDOSO 16-Data de Realização 29/06/2011 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181841819118191516 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 CRO 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 Guise	42-Assinatura
1-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	7 3 10 0	10 10 0	11 507110111201	12 507110111201	13 507110111201	14 507110111201	15 507110111201
2-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	7 3 10 0	10 10 0	11 507110111201	12 507110111201	13 507110111201	14 507110111201	15 507110111201
3-1												
4-1												
5-1												
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 10/11/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Franquia 46-Total Quantidade US 1146100 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(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 10/11/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: AGOSTO/2020

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
331756 - I	RIQUELME DA COSTA RIBEIRO (00202520199700020802)		30/06/2020	146	0.55	R\$ 80,30
332997 - I	JHULLY SANTA ROSA CARDOSO (00202520199700016303)		02/07/2020	146	0.55	R\$ 80,30
333033 - I	RIQUELME DA COSTA RIBEIRO (00202520199700020802)		02/07/2020	64	0.5	R\$ 32,00
335119 - I	EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO (00202520199700021001)		07/07/2020	178	0.5	R\$ 89,00
335197 - I	EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO (00202520199700021001)		07/07/2020	122	0.55	R\$ 67,10
335203 - I	EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO (00202520199700021001)		07/07/2020	122	0.55	R\$ 67,10
335535 - I	RENATO SILVA DE ALMEIDA (00202520199700012401)		07/07/2020	42	0.5	R\$ 21,00
342233 - I	MARCELO DA SILVA (00202520206200000401)		20/07/2020	178	0.5	R\$ 89,00
342235 - I	MATEUS FERNANDES DA SILVA (00202520206200000403)		20/07/2020	34	0.5	R\$ 17,00
343022 - I	MATEUS FERNANDES DA SILVA (00202520206200000403)		21/07/2020	140	0.5	R\$ 70,00
343147 - I	MARCELO DA SILVA (00202520206200000401)		21/07/2020	61	0.55	R\$ 33,55
344286 - I	DINA DOS SANTOS BARBOSA (00202520199700059402)		23/07/2020	122	0.55	R\$ 67,10
348207 - I	CARLOS DA SILVA SERRAO (00202520199700059401)		29/07/2020	88	0.55	R\$ 48,40
348217 - I	JAIR ANTONIO CAMINSKI (00202520199700038701)		29/07/2020	144	0.5	R\$ 72,00
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:	1587	
				N° de atendimentos:	14	
				Valor:	R\$ 833,85	
Totalizador						
				N° de USOs:	1587	
				N° de atendimentos:	14	
				Valor:	R\$ 833,85	

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: 02/08/2020 09:23

Página 1 de 1