



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



643295
INTERCÂMBIO

1.º Registro ANS

406414

3.º Data de Emissão da Guia

10/02/2010

4.º Data de Autorização

10/02/2010

5.º Sessão

AUTORIZADO

6.º Número da Guia Principal

8886304

7.º Data Validação da Sessão

13/11/2010

12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

10.º Nome da Carteira

010021012540124550100010101

9.º Plano

POS REDE PRESTADORA

11.º Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11.º Data Validação da Carteira

11/11/11

15.º Nome do titular do plano

VICTORIA MARQUES CELERINO DA SILVA

13.º Nome
VICTORIA MARQUES CELERINO DA SILVA

27/03/2001

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16.º Atendimento a RN

N

17.º Nome do Profissional Solicitante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF

2507042680011

22.º Nome do Contratado Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

26.º Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

27.º Número no CRO

55391

28.º UF

SP

29.º Código CBO S

025 -

30.º Valor

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Trabalho

31.º Código do Procedimento

10081001065

32.º Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33.º Dente/Região

34.º Face

35.º Qtd

36.º Quantidade US

37.º Valor

38.º Franquia/Co-participação R\$

39.º Aut

40.º Data de Realização

41.º Motivo da Glosa

42.º Assinatura

43.º Data

44.º Tipo de Atendimento

45.º Tipo de Faturamento

46.º Total Quantidade US

47.º Valor Total R\$

48.º Total Franquia / Co-participação R\$

49.º Data

50.º Data

51.º Data

52.º Data

53.º Data

54.º Data

55.º Data

56.º Data

57.º Data

58.º Data

59.º Data

60.º Data

61.º Data

62.º Data

63.º Data

64.º Data

65.º Data

66.º Data

67.º Data

68.º Data

69.º Data

70.º Data

71.º Data

72.º Data

73.º Data

74.º Data

75.º Data

76.º Data

77.º Data

78.º Data

79.º Data

80.º Data

81.º Data

82.º Data

83.º Data

84.º Data

85.º Data

86.º Data

87.º Data

88.º Data

89.º Data

90.º Data

91.º Data

92.º Data

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.º Observação

50.º Data

51.º Data

52.º Data

53.º Data

54.º Data

55.º Data

56.º Data

57.º Data

58.º Data

59.º Data

60.º Data

61.º Data

bae. assina composi

Odontolife Ltda.
Rua...
Cidade...



647876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/04/10 3-Data de Autorização 10/16/10 4-Semana AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8900928 6-Data Validade da Semana 10/12/11 7-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020251105506006357011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIO WILLIMA OLIVEIRA 15-Nome do titular do plano ANTONIO WILLIMA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avenimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1251070421680011 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNE S 1185100200 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	010	85110021010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	0,10	0,10	0,10	0,10	16/08/11	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista de Término do Tratamento 16/08/11 44-Tipo de Avenimento 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 18,10 47-Valor Total R\$ 0,10 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

Sdson - 399307

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/08/11 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/11 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/11 53-Data Local e Assinatura da Empresa 16/08/11

Empresário Odontolife Ltda - ME
RUA DE JACARA, 2700-11
JACARA, SÃO PAULO - SP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



655987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 11/11/08 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8925775 7-Data Validade da Semeta 10/9/11 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021541021451010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome VICTORIA MARQUES CELERINO DA SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano VICTORIA MARQUES CELERINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121501701426810111 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cláusula	42- Assinatura
1	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	11,00	0,00	19,80	21	11/11/08	19,80	21
2	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	11,00	0,00	19,80	21	11/11/08	19,80	21
3	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	11,00	0,00	19,80	21	11/11/08	19,80	21
4	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	11,00	0,00	19,80	21	11/11/08	19,80	21
5	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	11,00	0,00	19,80	21	11/11/08	19,80	21
6	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	11,00	0,00	19,80	21	11/11/08	19,80	21
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/08 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 3166,00 47-Valor Total R\$ 1010,00 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-Dt. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/08 51-Dt. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08 52-Dt. local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08 VICTORIA 53-Dt. local e Cópia da Empresa 11/11/08

647589
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ANTONIO WILIMA OLIVEIRA

025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO	24-Uf	25-Código CNES
55391	SP	

27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
55391	SP	

38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Cisão 42-Assinatura

S
S

6084 + 6087
6082 + 6089

[illegible]

$\frac{1}{2}$

Week 11

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os

[Handwritten signature]

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/2020 11:11 AM

