

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



309145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10/4/12/0	4-Data de Autorização 10/6/10/5/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535533	7-Data Validade da Senha 12/7/10/7/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202523310500000201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANO SANTOS CAMILLO		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ADRIANO SANTOS CAMILLO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	MO	1	88,00	0,00			12/8/10/4/12/0		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00			12/8/10/4/12/0		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00			12/8/10/4/12/0		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			12/8/10/4/12/0		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			12/8/10/4/12/0		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 386,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10/4/12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10/4/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10/4/12/0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/10/4/12/0
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



311658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/2010	4-Data de Autorização 13/05/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7551443	7-Data Validade da Senha 06/08/2010
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523310500000201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANO SANTOS CAMILLO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ADRIANO SANTOS CAMILLO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	03/05/2010		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOV	1	122,00	0,00		S	03/05/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 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 03/05/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/05/2010
--	--	--	--

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



308367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/04/20	4-Data de Autorização 27/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527149	7-Data Validade da Senha 23/07/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527541300000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELISIANE APARECIDA MONTEIRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDERSON LUIZ SISTO MUNDIM		14-Telefone 22/09/1964	15-Nome do titular do plano ELISIANE APARECIDA MONTEIRO ZICK		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR			1	44,00	0,00			27/05/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			27/05/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			27/05/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			27/05/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			27/05/20		
6	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/05/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico; 2-Exame Radiológico; 3-Gratuidade; 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 218,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/05/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 27/05/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. F. B.
Implantodontista
CRO - SC 10.476



313696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7566303	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252973890000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTUR FRANCESCO SILVEIRA DA CUNHA		14-Telefone 06/04/1991	15-Nome do titular do plano DOMINGOS DA CONCEICAO HURTADO JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00			15/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2012	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
---	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314300
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7570296	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529738900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTUR FRANCESCO SILVEIRA DA CUNHA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DOMINGOS DA CONCEICAO HURTADO JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-RPID

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			18/10/2012		Artur
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			18/10/2012		Artur
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			18/10/2012		Artur
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00			18/10/2012		Artur
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico; 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	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 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 18/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012 - Artur	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2012
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

312596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 13/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7558154	7-Data Validade da Senha 10/08/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202529774600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ELIAS SABINO DA FONSECA		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ELIAS SABINO DA FONSECA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00			12/05/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 61,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação imagens analisadas												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2012 Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476						

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/20	4-Data de Autorização 20/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572308	7-Data Validade da Senha 17/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020252574930000103				13-Nome ETIENE ZABOENCO GOMES GUARALDI				14-Telefone (48) 3369-6054	
				15-Nome do titular do plano ZULEICA ZABOENCO GOMES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476		19-UF SC		20-Código CBO S 10		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		23-Número no CRO 10476		24-UF SC		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO				27-Número no CRO 10476		28-UF SC		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			19/05/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			19/05/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			19/05/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			19/05/20		
5	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/05/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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 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 19/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/05/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-8*



309758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/2012	4-Data de Autorização 06/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7537358	7-Data Validade da Senha 29/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002021529738900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ RAMPA NETO		14-Telefone 20/03/1955	15-Nome do titular do plano DOMINGOS DA CONCEICAO HURTADO JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado/ Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			05/05/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			05/05/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			05/05/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	35,00	0,00			05/05/2012		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			05/05/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2012	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Hilary Implantodontista CRO - SC 10.476
---	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



309178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 14/12/10	4-Data de Autorização 10/06/10 05/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535564	7-Data Validade da Senha 12/17/10 17/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020252331050000020202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARI ANGELA GOMES SOUTO 22/06/1975			14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ADRIANO SANTOS CAMILLO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO				27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 85100218

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	000851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00			12/08/10 14/12/10		Mari Souto
2	000851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	MO	1	88,00	0,00			12/08/10 14/12/10		Mari Souto
3	000851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VID	1	122,00	0,00			12/08/10 14/12/10		Mari Souto
4	000851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00			12/08/10 14/12/10		Mari Souto
6	000851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88,00	0,00			12/08/10 14/12/10		Mari Souto
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

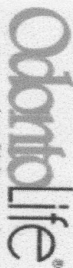
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 447,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/10 14/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/10 14/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/10 14/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/10 14/12/10
--	--	--	--

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



315373
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05/12/01	4-Data de Autorização 12/05/05/12/01	5-Seria AUTORIZADO	6-Numero de Guia Principal 7580651	7-Data Validade da Seria 11/8/05/12/01
8-Numero da Carteira 010120125125138103010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DO CARMO GEREMIAS DOS SANTOS	14-Telefone (1418) 336412413	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO GEREMIAS DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Ancionamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA	18-Numero no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	25-Enviar - RX Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0101414113419615111	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Numero no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Numero no CRO 10476	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-Cid
1-01018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	44 DMV	11	112121010	01010
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	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11			112121010	101010	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					

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

20/01/05/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

20/01/05/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

20/01/05/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa

20/01/05/12/01

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7581396	7-Data Validade da Senha 19/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202523310500000802					
13-Nome ROSEMARY MEIDANEIRA DE OLIVEIRA FRANCISC		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LINDOMAR ANDERSON ESSY		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			21/10/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			21/10/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			21/10/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			21/10/2012		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico; 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2012
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572161	7-Data Validade da Senha 11/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525749300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data/Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SERGIO LUIS GUARALDI		14-Telefone (48) 3369-16054	15-Nome do titular do plano ZULEICA ZABOENCO GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional/Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/05/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/05/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/05/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/05/2012		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			11/05/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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 apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 11/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2012	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
---	---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

298088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7464287	7-Data Validade da Senha 07/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002021520199200009901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 5	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome TIAGO SILVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TIAGO SILVEIRA										
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/10/2012		TIAGO S
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/10/2012		TIAGO S
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/10/2012		TIAGO S
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/10/2012		TIAGO S
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/10/2012		TIAGO S
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 174,00		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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 - TIAGO S.			53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2012 Implantodontista CRO - SC 10.476			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/10/5/12/0	4-Data de Autorização 10/6/10/5/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7544397	7-Data Validade da Senha 10/3/10/8/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 1002025287119300000102					
13-Nome VITOR SANTOS MORAES		14-Telefone (11) 9688-1815	15-Nome do titular do plano CAMILA SANTOS MORAES		
		11/05/2003			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200	
16-Atendimento/a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		26-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC		29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO						

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13 VM	1	88,00	0,00	0,00		10/5/12/0		Camila S. M.
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16 OP	1	88,00	0,00	0,00		10/5/12/0		Camila S. M.
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26 PO	1	88,00	0,00	0,00		10/5/12/0		Camila S. M.
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47 V	1	61,00	0,00	0,00		10/5/12/0		Camila S. M.
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 325,00	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 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 10/5/10/5/12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/5/10/5/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/5/10/5/12/0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/5/10/5/12/0
---------------	---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



312616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/15/12/0	4-Data de Autorização 12/10/15/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7558301	7-Data Validade da Senha 12/10/15/12/0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528719300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VITOR SANTOS MORAES	14-Telefone 11/05/2003 (11) 9688-8158	15-Nome do titular do plano CAMILA SANTOS MORAES
--------------------------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES (I) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			12/10/15/12/0		Vitor
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			12/10/15/12/0		Vitor
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	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 imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/15/12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/15/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/15/12/0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/15/12/0
--	--	--	--

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



311419
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/12	4-Data de Autorização 11/05/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7549965	7-Data Validade da Senha 05/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252977460000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WELINGTON MESSIAS DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIAS SABINO DA FONSECA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00			13/05/12		W. Thiago
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	61,00	0,00			13/05/12		W. Thiago
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MV	1	88,00	0,00			13/05/12		W. Thiago
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00			13/05/12		W. Thiago
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 325,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/12	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
---	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



309866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/04/12/01	4-Data de Autorização 06/05/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7538112	7-Data Validade da Senha 29/07/12/01
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202529774600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WELINGTON MESSIAS DE SOUZA	14-Telefone () - / -
15-Nome do titular do plano ELIAS SABINO DA FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA
18-Número no CRO 10476	19-UF SC
20-Código CBO S 10	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965
22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476
24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476
28-UF SC	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	0,00			10/05/12		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00			10/05/12		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MD	1	88,00	0,00			10/05/12		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00			10/05/12		
5-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00			10/05/12		
6-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00			10/05/12		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 444,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/12
---	---	---	---

D. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



311568
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/05/20	4-Data de Autorização 11/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7550917	7-Data Validação da Senha 06/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529774600001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WELINGTON MESSIAS DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIAS SABINO DA FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00			13/05/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	M	1	61,00	0,00			13/05/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00			13/05/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476