

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1497374
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 408414	3-Dados de Emissão da Guia 12/10/2016 12:13	4-Data de Autuação 12/10/2016 12:13	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11349918	7-Dados Validação da Série 118/1019/1213
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Data de Cadastro 10/02/2012 15:57	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Validação da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ROZEI DE MELO LINHARES	23/01/1968	14-Teléfono () () () () () ()	15-Nome do titular do plano ROZEI DE MELO LINHARES
-----------------------------------	------------	--	---

16-Endereço e CEP Valkyria Romero Sonni da Costa	17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	---

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 052356500011211	22-Nome do Contratado Excludente ODONTO COSTALTA	23-Número no CRO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Excludente VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	27-Número no CRO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tratado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria Regida	34-Fixo	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Guia	42-Assinatura
1-0	018101010310	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,10	0,10	0,10	0,10	512106123	Regal
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-Dados Fornecedor do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Quasequid R\$	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
-----------------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, a por mim assinado(s), 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-Operante	50-Dados local e Assinatura do Operante Solicitante	51-Dados local e Assinatura do Operante Operadora	52-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados local e Assinatura da Empresa
-------------	---	---	---	--



1492064
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2013	4-Data de Autorização 16/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11335465	7-Data Validação da Senha 13/10/2013
8-Número da Carteira 101020125533119003647021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validação da Carteira 11/11/1971
12-Nome EGLES DE SOUZA			13-Data de Nascimento 07/11/1971	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIO FERNANDO DOS SANTOS
16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 1015235650001211		22-Nome do Contrahido Executante ODONTO COSTA LTDA	23-Número no CRO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		27-Número no CRO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S	

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-Data da Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
		1-0	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	15161061211				egles
		2-											
		3-											
		4-											
		5-											
		6-											
		7-											
		8-											
		9-											
		10-											
		11-											
		12-											
		13-											
		14-											
		15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Previdência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Dica: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) 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 16/10/2013 Valkyria Romero Sonni da Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/1971	52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável 16/10/2013 egles	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/1971
--	---	---	---



3-Atendimento 406414	32-Data de Emissão da Guia 10/09/10 16:23	4-Data de Autorização 11/12/10 16:23	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11315081	7-Data Validação da Guia 10/17/10 19:23	1485208 INTERCÂMBIO
-------------------------	--	---	-------------------------	--	--	------------------------

8-Atendimento de Caráter 0101201254754154101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIA APARECIDA COMIN GOMES	11-Data Validada de Caráter 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome MARIA APARECIDA COMIN GOMES	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA COMIN GOMES
--	--------------------	--

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

13/05/1981

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0151231565101011211	22-Nome do Contratado Específico ODONTO COSTALTD	23-Número no CBO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999	26-Nome do Profissional Específico VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	27-Número no CBO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S	30-Valor 12260	31-UF SC	32-Código CBO S	33-Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------	--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	---------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Fração	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-10	01811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,10	51,12	06/12/10			
2-1												
2-2												
2-3												
2-4												
2-5												
2-6												
2-7												
2-8												
2-9												
2-10												
2-11												
2-12												
2-13												
2-14												
2-15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Embrã	1-Total 2-Parcial	34,00	10,10	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, aceito o 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 da 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

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 10/09/10 16:23	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/10 16:23	53-Data, local e Assinatura da Empresa
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 09/06/23	4-Dia de Autorização 09/06/23	5-Serinha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Fitchipol 11313578	7-Dia Validade da Serinha 07/09/23
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--	---------------------------------------

8-Número da Carteira	00202553311900380601
9-Ramo POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa TUPY SA	
11-Dia Validade da Carteira	11/11/11
12-Número do Cadastro Nacional de Saúde	

THIAGO NASCIMENTO TAVARES

13/03/1985

14 - 1.º ano

THIAGO NASCIMENTO TAVARES

15 - Nome de batismo do aluno

Índice	Descrição	Valor
1	Salário	1000
2	Aluguel	500
3	Alimentação	300
4	Transporte	200
5	Seguro	100
6	Outros	100
7	Total	2200

16-Abastecimento e RN N	17-Alcove do Profissional Societária VALKYRIA ROMERO SONNINI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - E-Despesa
----------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	0523565010121
22-Nome do Contribuinte Encarregado	ODONTO COSTA LTDA
23-Número no CRO	12260
24-UF	SC
25-Código CNES	99999999
Faturar Empresa	

26-Nome do Profissional Expediente VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	27-Número no CBO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos	
30- Tabela	31- Descrição do Procedimento
32- Descrição	33- Dente/Região
34- Faixa	35- Cód.
36- Quantidade US	37- Valor
38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut.
40- Data de Realização	41- Motivo da Cinesia
42- Assinatura	

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

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____

36. _____

37. _____

38. _____

39. _____

40. _____

41. _____

42. _____

43. _____

44. _____

45. _____

46. _____

47. _____

48. _____

49. _____

50. _____

51. _____

52. _____

53. _____

54. _____

55. _____

56. _____

57. _____

58. _____

59. _____

60. _____

61. _____

62. _____

63. _____

64. _____

65. _____

66. _____

67. _____

68. _____

69. _____

70. _____

71. _____

72. _____

73. _____

74. _____

75. _____

76. _____

77. _____

78. _____

79. _____

80. _____

81. _____

82. _____

83. _____

84. _____

85. _____

86. _____

87. _____

88. _____

89. _____

90. _____

91. _____

92. _____

93. _____

94. _____

95. _____

96. _____

97. _____

98. _____

99. _____

100. _____

[illegible][illegible]

[illegible]

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

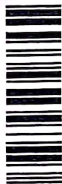
[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas no tratamento, compreendo e autorizo a descrição no tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (x) procedimento(s) acima, e/ou () não realizado(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 assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

54-Dia, local e Assinatura do Chefe-Dentista	55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	56-Dia, local e Assinatura do Chefe-Dentista
--	--	--

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Digitalizado com CamScanner



1473196
INTERCÂMBIO

1-Identificação 406414	2-Data de Emissão da Guia 30/11/2015	3-Data de Autenticação 09/10/2016	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 11281685	6-Data Validação da Guia 28/10/2013
---------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	--	--

7-Data de Beneficiário 00/02/2015	8-Data de Beneficiário 25/03/2011	9-Data de Beneficiário 19/04/2017	10-Data de Beneficiário 09/02/2012	11-Data Validação da Carteira 04/12/1998	12-Data Validação da Carteira 04/12/1998
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---	---

13-Nome KAROLINE THAINA SANTOS DA SILVA	14-Endereço POS REDE PRESTADORA	15-Endereço TUPY SA	16-Endereço C/11	17-Endereço C/11	18-Endereço C/11
19-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	20-Código do Profissional Solicitante 0523565000121	21-Nome do Consultado Escalante ODONTO COSTALTD	22-Código do Consultado Escalante 12260	23-Número no CRO 12260	24-Código CRO S SC

25-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	26-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	27-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	28-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	29-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	30-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
31-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	32-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	33-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	34-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	35-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	36-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
37-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	38-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	39-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	40-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	41-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	42-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
43-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	44-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	45-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	46-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	47-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	48-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
49-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	50-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	51-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	52-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	53-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	54-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
55-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	56-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	57-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	58-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	59-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	60-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
61-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	62-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	63-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	64-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	65-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	66-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
67-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	68-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	69-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	70-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	71-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	72-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
73-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	74-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	75-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	76-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	77-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	78-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
79-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	80-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	81-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	82-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	83-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	84-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
85-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	86-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	87-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	88-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	89-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	90-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
91-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	92-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	93-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	94-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	95-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	96-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
97-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	98-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	99-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	100-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	101-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	102-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
103-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	104-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	105-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	106-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	107-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	108-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
109-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	110-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	111-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	112-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	113-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	114-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado
115-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	116-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	117-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	118-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	119-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	120-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Paciente / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura da Empresa
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	54-Data, local e Assinatura da Empresa	55-Data, local e Assinatura da Empresa



1487229
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
11/12/19 06/12/19

4-Dia de Autorização
11/12/19 06/12/19

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
11320816

7-Dia Validade da Guia
11/12/19 06/12/19

8-Número do Contrato
11/12/19 06/12/19

9-Número do Plano
11/12/19 06/12/19

10-Data de Realização
11/12/19 06/12/19

11-Data de Realização
11/12/19 06/12/19

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome do Beneficiário

14-Data de Nascimento

15-Data de Emissão da Guia

16-Data de Autorização

17-Data de Realização

18-Data de Realização

19-Data de Realização

20-Data de Realização

21-Data de Realização

22-Nome do Beneficiário

23-Data de Nascimento

24-Data de Emissão da Guia

25-Data de Autorização

26-Data de Realização

27-Data de Realização

28-Data de Realização

29-Data de Realização

30-Data de Realização

31-Data de Realização

32-Nome do Beneficiário

33-Data de Nascimento

34-Data de Emissão da Guia

35-Data de Autorização

36-Data de Realização

37-Data de Realização

38-Data de Realização

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Data de Realização

42-Nome do Beneficiário

43-Data de Nascimento

44-Data de Emissão da Guia

45-Data de Autorização

46-Data de Realização

47-Data de Realização

48-Data de Realização

49-Data de Realização

50-Data de Realização

51-Data de Realização

52-Nome do Beneficiário

53-Data de Nascimento

54-Data de Emissão da Guia

55-Data de Autorização

56-Data de Realização

57-Data de Realização

58-Data de Realização

59-Data de Realização

60-Data de Realização

61-Data de Realização

62-Nome do Beneficiário

63-Data de Nascimento

64-Data de Emissão da Guia

65-Data de Autorização

66-Data de Realização

67-Data de Realização

68-Data de Realização

69-Data de Realização

70-Data de Realização

71-Data de Realização

72-Nome do Beneficiário

73-Data de Nascimento

74-Data de Emissão da Guia

75-Data de Autorização

76-Data de Realização

77-Data de Realização

78-Data de Realização

79-Data de Realização

80-Data de Realização

81-Data de Realização

82-Nome do Beneficiário

83-Data de Nascimento

84-Data de Emissão da Guia

85-Data de Autorização

86-Data de Realização

87-Data de Realização

88-Data de Realização

89-Data de Realização

90-Data de Realização

91-Data de Realização

92-Nome do Beneficiário

93-Data de Nascimento

94-Data de Emissão da Guia

95-Data de Autorização

96-Data de Realização

97-Data de Realização

98-Data de Realização

99-Data de Realização

100-Data de Realização

101-Data de Realização

102-Nome do Beneficiário

103-Data de Nascimento

104-Data de Emissão da Guia

105-Data de Autorização

106-Data de Realização

107-Data de Realização

108-Data de Realização

109-Data de Realização

110-Data de Realização

111-Data de Realização

112-Nome do Beneficiário

113-Data de Nascimento

114-Data de Emissão da Guia

115-Data de Autorização

116-Data de Realização

117-Data de Realização

118-Data de Realização

119-Data de Realização

120-Data de Realização

121-Data de Realização

122-Nome do Beneficiário

123-Data de Nascimento

124-Data de Emissão da Guia

125-Data de Autorização

126-Data de Realização

127-Data de Realização

128-Data de Realização

129-Data de Realização

130-Data de Realização

131-Data de Realização

132-Nome do Beneficiário

133-Data de Nascimento

134-Data de Emissão da Guia

135-Data de Autorização

136-Data de Realização

137-Data de Realização

138-Data de Realização

139-Data de Realização

140-Data de Realização

141-Data de Realização

142-Nome do Beneficiário

143-Data de Nascimento

144-Data de Emissão da Guia

145-Data de Autorização

146-Data de Realização

147-Data de Realização

148-Data de Realização

149-Data de Realização

150-Data de Realização

151-Data de Realização

152-Nome do Beneficiário

153-Data de Nascimento

154-Data de Emissão da Guia

155-Data de Autorização

156-Data de Realização

157-Data de Realização

158-Data de Realização

159-Data de Realização

160-Data de Realização

161-Data de Realização

162-Nome do Beneficiário

163-Data de Nascimento

164-Data de Emissão da Guia

165-Data de Autorização

166-Data de Realização

167-Data de Realização

168-Data de Realização

169-Data de Realização

170-Data de Realização

171-Data de Realização

172-Nome do Beneficiário

173-Data de Nascimento

174-Data de Emissão da Guia

175-Data de Autorização

176-Data de Realização

177-Data de Realização

178-Data de Realização

179-Data de Realização

180-Data de Realização

181-Data de Realização

182-Nome do Beneficiário

183-Data de Nascimento

184-Data de Emissão da Guia

185-Data de Autorização

186-Data de Realização

187-Data de Realização

188-Data de Realização

189-Data de Realização

190-Data de Realização

191-Data de Realização

192-Nome do Beneficiário

193-Data de Nascimento

194-Data de Emissão da Guia

195-Data de Autorização

196-Data de Realização

197-Data de Realização

198-Data de Realização

199-Data de Realização

200-Data de Realização

201-Data de Realização

202-Nome do Beneficiário

203-Data de Nascimento

204-Data de Emissão da Guia

205-Data de Autorização

206-Data de Realização

207-Data de Realização

208-Data de Realização

209-Data de Realização

210-Data de Realização

211-Data de Realização

212-Nome do Beneficiário

213-Data de Nascimento

214-Data de Emissão da Guia

215-Data de Autorização

216-Data de Realização

217-Data de Realização

218-Data de Realização

219-Data de Realização

220-Data de Realização

221-Data de Realização

222-Nome do Beneficiário

223-Data de Nascimento

224-Data de Emissão da Guia

225-Data de Autorização

226-Data de Realização

227-Data de Realização

228-Data de Realização

229-Data de Realização

230-Data de Realização

231-Data de Realização

232-Nome do Beneficiário

233-Data de Nascimento

234-Data de Emissão da Guia

235-Data de Autorização

236-Data de Realização

237-Data de Realização

238-Data de Realização

239-Data de Realização

240-Data de Realização

241-Data de Realização

242-Nome do Beneficiário

243-Data de Nascimento

244-Data de Emissão da Guia

245-Data de Autorização

246-Data de Realização

247-Data de Realização

248-Data de Realização

249-Data de Realização

250-Data de Realização

251-Data de Realização

252-Nome do Beneficiário

253-Data de Nascimento

254-Data de Emissão da Guia

255-Data de Autorização

256-Data de Realização

257-Data de Realização

258-Data de Realização

259-Data de Realização

260-Data de Realização

261-Data de Realização

262-Nome do Beneficiário

263-Data de Nascimento

264-Data de Emissão da Guia

265-Data de Autorização

266-Data de Realização

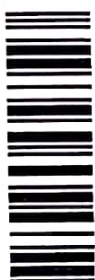
267-Data de Realização

268-Data de Realização

269-Data de Realização

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1484626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 09/06/2013 4-Dia de Autorização 09/06/2013 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11313631 7-Dia Validade da Guia 07/09/2013

8-Número da Carteira 00202553311900055011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TUPY SA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Saúde

13-Nome ALEXANDRE DE LIMA ALENCAR 14-Telefone 04/08/1985 15-Nome do Utilizador do plano ALEXANDRE DE LIMA ALENCAR

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 18-Número no CRO 12260 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 052356500121 22-Nome do Contratado Executante ODONTO COSTA LTDA 23-Número no CRO 12260 24-UF SC 25-Código CNES 9999999 26-Código CBO S 101126

26-Nome do Profissional Executante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 27-Número no CRO 12260 28-UF SC 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fração	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aid	40-Dia de Realização	41-Motivo de Cessão	42-Assinatura
1-0	0	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	06/12/13		
2-0	0											
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-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\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Codontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	34,00	0,00	0,00	0,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assumido(s), (od) foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

48-Observação

50-Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

2



Digitalizado com CamScanner



1- Nome do Paciente 406M14	2- Data de Emissão da Guia 11/06/2013	3- Data de Autoração 11/06/2013	4- Serviço AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 11327545	6- Data Válida em Bateria 11/06/2013
-------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------	---	---

7- Número de Contas 10102025533119002022011	8- Plano POS REDE PRESTADORA	9- Empresa TUPY SA	10- Trabalho ()	11- Data Válida em Carteira ()	12- Número do Cartão Nacional de Saúde ()
--	---------------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------	---

13- Nome ALEXANDRE DE PAULA SOETHE	14- Data de Emissão do Tratamento 05/04/1997	15- Nome do Consultado ALEXANDRE DE PAULA SOETHE
---------------------------------------	---	---

16- Nome do Consultado VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	17- Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18- Número no CNO 12260	19- UF SC	20- Código CNO B SC	21- Código CNO S SC	22- Nome do Consultado ODONTO COSTA LTDA	23- Número no CNO 12260	24- UF SC	25- Código CNO S SC	26- Código CNO B SC	27- Número no CNO 12260	28- UF SC	29- Código CNO S SC	30- Código CNO B SC
--	--	----------------------------	--------------	------------------------	------------------------	---	----------------------------	--------------	------------------------	------------------------	----------------------------	--------------	------------------------	------------------------

31- Trabalho CONSULTA ODONTOLÓGICA	32- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33- Dente/Região 1	34- Freq 1	35- CNO 1341010	36- Valor 10,10	37- Freq 1	38- Freq 1	39- Freq 1	40- Data de Realização 15/06/2013	41- Nome da Clínica Alexandre
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

42- Data Fim do Tratamento 11/06/2013	43- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	44- Tipo de Exame Radiológico 3- Ortodontia	45- Tipo de Exame Radiológico 4- Urgência/Emergência	46- Tipo de Exame Radiológico 1- Total 2- Parcial	47- Total Ombrelado US 341010	48- Valor Total R\$ 10,10	49- Total Freqüência / Co-participação R\$ ()
--	---	--	---	--	----------------------------------	------------------------------	---

50- Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/2013 Alexandre	51- Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ()	52- Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/2013 Alexandre	53- Data Local e Assinatura da Empresa ()
---	--	---	---

242



Digitalizado com CamScanner



1- Número Anel 406414 2- Data de Emissão da Guia 14/10/2013 3- Data de Autorização 14/10/2013 4- Autorizado 11327633 5- Número da Guia Principal 11327633 6- Data Validade de Bônus 12/09/2013

1489440
INTERCÂMBIO

7- Nome do Corrente 010102025533111900112611033 8- Plano POS REDE PRESTADORA 9- Empresa TUPY SA 10- Telefone 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional da Saúde

13- Nome ALINE LICHESKI PADILHA DIAS 14- Nome do titular do plano IVANETE LICHESKI

15- Data de Conclusão do Tratamento 31/08/1996 16- Número no CBO 12260 17- UF SC 18- Código CBO S 025 - Faturar Empresa

19- Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 20- Código no CBO 12260 21- UF SC 22- Código CNES 99999999

23- Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 24- Número no CBO 12260 25- UF SC 26- Código CBO S

27- Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 28- Número no CBO 12260 29- UF SC 30- Código CBO S

31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rio	34- Fica	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1-0101811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,4	10,10				Silvia Oliveira	Alina
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 Primeiro Termo do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 45- Tipo de Faturamento 46- Total Quantidade US 47- Valor Total R\$ 48- Total Franchia / Co-participação R\$

Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitam e autorizam a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaram, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por meio eletrônico(s), (assinam) 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 Corrente 51- Data, local e Assinatura do Corrente-Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Assinatura da Empresa

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24*

1484615
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
01/09/2013

5-Número de Guia Principal
11313606

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
09/06/2013

3-Data de Emissão de Guia
09/06/2013

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202025331190004931101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

TUPY SA

11-Data Validade da Carteira

01/09/2013

12-Número do Cartão Nacional do Saúde

017091213

13-Nome

JOSE MANUEL TORO ORTIZ

14-Telefone

08/04/1986

15-Nome do titular do plano

JOSE MANUEL TORO ORTIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

18-Número no CRO

12260

19-UF

SC

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0152356150001211

22-Nome do Contratado Excludente

ODONTO COSTA LTDA

23-Número no CRO

12260

24-UF

SC

25-Código CNES

9999999

26-Nome do Profissional Excludente

VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

27-Número no CRO

12260

28-UF

SC

29-Código CBO S

025 -

30-Data de Realização

34-Fase

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data Prevista 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\$

49-Data local e Assinatura do Beneficiário

50-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

54-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

55-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

56-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

57-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

58-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

59-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

60-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

61-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

62-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

63-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

64-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

65-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

66-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

67-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

68-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

69-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

70-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

71-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

72-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

73-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

74-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

75-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

76-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

77-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

78-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

79-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

80-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

81-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

82-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

83-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

84-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

85-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

86-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

87-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

88-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

89-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

90-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

91-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

92-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

93-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

94-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

95-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

96-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

97-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

98-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

99-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

100-Data local e Assinatura do Profissional Contratado



278

Digitalizado com CamScanner



242

53-Data, local o Carimbo da Empresa

2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Dat'a local e Assinatura do Controlador-Devidas

30-Dias local e Atendimento ao Cliente - 0800-010000

Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406414	3-Código de Exatidão da Data 0 9 / 0 6 / 2 3	4-Cidade de Autuação 0 9 / 0 6 / 2 3	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11313101	7-Data Validade de Serviço 10 / 7 / 0 9 / 2 3
--------------------------	---	---	-------------------------	--	--

1484394
INTERCÂMBIO

8-Nome do Centista FELIPE MARCOS	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validação da Carteira 24/11/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome do titular do plano ANA PAULA MAFRA MARCOS				

14-Identificação e CN VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	15-Número no CBO 12260	16-UF SC	17-Código CBO S 025 -
18-Código de Origem / CBO / CEF 10 5 2 3 5 6 5 0 0 0 1 2 1 1	19-Número no CBO 12260	20-UF SC	21-Código CBO S 9999999
22-Nome do Centista Encarregado VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	23-Número no CBO 12260	24-UF SC	25-Código CBO S 9999999

30-Taxa	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Autorização
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Código Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Taxa Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$	
1	1	1	3	4	0	0

Declaro, que esta ter sido devidamente assestado sobre os procedimentos, físicos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Deixo, ainda que o(a) procedimental(is) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), (realizem realização(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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.

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Representante	51-Data, local e Assinatura do Centista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Representante	53-Data, local e Assinatura da Empresa
09/06/2010	09/06/2010	09/06/2010	09/06/2010

24



50-Data local e Assinatura do Gerente-Diretor Político	51-Data local e Assinatura do Gerente-Diretor	52-Data local e Assinatura do Gerente / Responsável	53-Data local e Confirmação da Empresa
05/06/2017 <i>Valéria Costa</i>	05/06/2017	05/06/2017 <i>elvan</i>	05/06/2017



1-Região 408414 3-Dia de Emissão da Guia 09/06/2013 4-Dia de Autenticação 09/06/2013 5-Série Autorizado 11313179 6-Número de Guia Principal 1484438 INTERCAMBIO 7-Dia Validade da Guia 07/09/2013

8-Número da Carteira 002020255756540000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Bando 13-Nome LEILANE MARQUES GONCALVES

14-Nome LEILANE MARQUES GONCALVES 15-Dia de Tratamento 28/04/1987 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Societário VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 18-Número no CRO 12260 19-UF SC 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código de Operações / CBO / CFE 05223565000121 22-Nome do Contratado Especiente ODONTO COSTA LTDA 23-Número no CRO 12260 24-UF SC 25-Código CNES 9999999 26-Nome do Profissional Especiente VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 27-Número no CRO 12260 28-UF SC 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraç	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Autorização
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			09/06/2013		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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), culparam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 51-Dia, local e Assinatura do Contratado: 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 53-Dia, local e Carimbo da Empresa:



1492154
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/05/2016	3-Data de Autopreço 11/05/2016	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 11335738	6-Data Validade da Guia 13/09/2013
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

7-Número da Carteira 010202553311900093101	8-Primo POS REDE PRESTADORA	9-Empresa TUPY SA	10-Data Validade da Carteira 11/05/2016	11-Número da Carteira 11335738	12-Data Validade da Carteira 13/09/2013
---	--------------------------------	----------------------	--	-----------------------------------	--

13-Atuante VOLNEI LAURENTINO	14-Tobolone ()	15-Nome do titular do plano VOLNEI LAURENTINO
---------------------------------	--------------------	--

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 13/04/1983	17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 052356500121	22-Nome do Contratado Específica ODONTO COSTA LTDA	23-Número no CRO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Específica VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	27-Número no CRO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-1-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			15/05/2016		
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 Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito o autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente o arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (autorizam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome o 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 15/05/2016 VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/05/2016 VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/05/2016 VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	53-Data, local e Cessão da Empresa 15/05/2016 VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA
--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

AN



1486910
INTERCAMBIO

Nome do Paciente: **48614** Data de Nascimento: **12/06/2021** Data de Emissão da Guia: **12/06/2021** Autorizado: **11318833** Número da Guia: **11011019112131**

Nome do Paciente: **00202025575654000010101** POS REDE PRESTADORA: **DENTAL UNI COOPERATIVA** Nome do Paciente: **LEILANE MARQUES GONCALVES** Data de Emissão da Guia: **28/04/2021**

Nome do Paciente: **LEILANE MARQUES GONCALVES** Data de Emissão da Guia: **28/04/2021** Nome do Paciente: **LEILANE MARQUES GONCALVES**

Nome do Paciente: **VALNORA ROMERO SONNI DA COSTA** Data de Emissão da Guia: **12/06/2021** Nome do Paciente: **VALNORA ROMERO SONNI DA COSTA** Data de Emissão da Guia: **12/06/2021** Nome do Paciente: **VALNORA ROMERO SONNI DA COSTA** Data de Emissão da Guia: **12/06/2021**

1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	61.0	62.0	63.0	64.0	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0	76.0	77.0	78.0	79.0	80.0	81.0	82.0	83.0	84.0	85.0	86.0	87.0	88.0	89.0	90.0	91.0	92.0	93.0	94.0	95.0	96.0	97.0	98.0	99.0	100.0	101.0	102.0	103.0	104.0	105.0	106.0	107.0	108.0	109.0	110.0	111.0	112.0	113.0	114.0	115.0	116.0	117.0	118.0	119.0	120.0	121.0	122.0	123.0	124.0	125.0	126.0	127.0	128.0	129.0	130.0	131.0	132.0	133.0	134.0	135.0	136.0	137.0	138.0	139.0	140.0	141.0	142.0	143.0	144.0	145.0	146.0	147.0	148.0	149.0	150.0	151.0	152.0	153.0	154.0	155.0	156.0	157.0	158.0	159.0	160.0	161.0	162.0	163.0	164.0	165.0	166.0	167.0	168.0	169.0	170.0	171.0	172.0	173.0	174.0	175.0	176.0	177.0	178.0	179.0	180.0	181.0	182.0	183.0	184.0	185.0	186.0	187.0	188.0	189.0	190.0	191.0	192.0	193.0	194.0	195.0	196.0	197.0	198.0	199.0	200.0	201.0	202.0	203.0	204.0	205.0	206.0	207.0	208.0	209.0	210.0	211.0	212.0	213.0	214.0	215.0	216.0	217.0	218.0	219.0	220.0	221.0	222.0	223.0	224.0	225.0	226.0	227.0	228.0	229.0	230.0	231.0	232.0	233.0	234.0	235.0	236.0	237.0	238.0	239.0	240.0	241.0	242.0	243.0	244.0	245.0	246.0	247.0	248.0	249.0	250.0	251.0	252.0	253.0	254.0	255.0	256.0	257.0	258.0	259.0	260.0	261.0	262.0	263.0	264.0	265.0	266.0	267.0	268.0	269.0	270.0	271.0	272.0	273.0	274.0	275.0	276.0	277.0	278.0	279.0	280.0	281.0	282.0	283.0	284.0	285.0	286.0	287.0	288.0	289.0	290.0	291.0	292.0	293.0	294.0	295.0	296.0	297.0	298.0	299.0	300.0	301.0	302.0	303.0	304.0	305.0	306.0	307.0	308.0	309.0	310.0	311.0	312.0	313.0	314.0	315.0	316.0	317.0	318.0	319.0	320.0	321.0	322.0	323.0	324.0	325.0	326.0	327.0	328.0	329.0	330.0	331.0	332.0	333.0	334.0	335.0	336.0	337.0	338.0	339.0	340.0	341.0	342.0	343.0	344.0	345.0	346.0	347.0	348.0	349.0	350.0	351.0	352.0	353.0	354.0	355.0	356.0	357.0	358.0	359.0	360.0	361.0	362.0	363.0	364.0	365.0	366.0	367.0	368.0	369.0	370.0	371.0	372.0	373.0	374.0	375.0	376.0	377.0	378.0	379.0	380.0	381.0	382.0	383.0	384.0	385.0	386.0	387.0	388.0	389.0	390.0	391.0	392.0	393.0	394.0	395.0	396.0	397.0	398.0	399.0	400.0	401.0	402.0	403.0	404.0	405.0	406.0	407.0	408.0	409.0	410.0	411.0	412.0	413.0	414.0	415.0	416.0	417.0	418.0	419.0	420.0	421.0	422.0	423.0	424.0	425.0	426.0	427.0	428.0	429.0	430.0	431.0	432.0	433.0	434.0	435.0	436.0	437.0	438.0	439.0	440.0	441.0	442.0	443.0	444.0	445.0	446.0	447.0	448.0	449.0	450.0	451.0	452.0	453.0	454.0	455.0	456.0	457.0	458.0	459.0	460.0	461.0	462.0	463.0	464.0	465.0	466.0	467.0	468.0	469.0	470.0	471.0	472.0	473.0	474.0	475.0	476.0	477.0	478.0	479.0	480.0	481.0	482.0	483.0	484.0	485.0	486.0	487.0	488.0	489.0	490.0	491.0	492.0	493.0	494.0	495.0	496.0	497.0	498.0	499.0	500.0	501.0	502.0	503.0	504.0	505.0	506.0	507.0	508.0	509.0	510.0	511.0	512.0	513.0	514.0	515.0	516.0	517.0	518.0	519.0	520.0	521.0	522.0	523.0	524.0	525.0	526.0	527.0	528.0	529.0	530.0	531.0	532.0	533.0	534.0	535.0	536.0	537.0	538.0	539.0	540.0	541.0	542.0	543.0	544.0	545.0	546.0	547.0	548.0	549.0	550.0	551.0	552.0	553.0	554.0	555.0	556.0	557.0	558.0	559.0	560.0	561.0	562.0	563.0	564.0	565.0	566.0	567.0	568.0	569.0	570.0	571.0	572.0	573.0	574.0	575.0	576.0	577.0	578.0	579.0	580.0	581.0	582.0	583.0	584.0	585.0	586.0	587.0	588.0	589.0	590.0	591.0	592.0	593.0	594.0	595.0	596.0	597.0	598.0	599.0	600.0	601.0	602.0	603.0	604.0	605.0	606.0	607.0	608.0	609.0	610.0	611.0	612.0	613.0	614.0	615.0	616.0	617.0	618.0	619.0	620.0	621.0	622.0	623.0	624.0	625.0	626.0	627.0	628.0	629.0	630.0	631.0	632.0	633.0	634.0	635.0	636.0	637.0	638.0	639.0	640.0	641.0	642.0	643.0	644.0	645.0	646.0	647.0	648.0	649.0	650.0	651.0	652.0	653.0	654.0	655.0	656.0	657.0	658.0	659.0	660.0	661.0	662.0	663.0	664.0	665.0	666.0	667.0	668.0	669.0	670.0	671.0	672.0	673.0	674.0	675.0	676.0	677.0	678.0	679.0	680.0	681.0	682.0	683.0	684.0	685.0	686.0	687.0	688.0	689.0	690.0	691.0	692.0	693.0	694.0	695.0	696.0	697.0	698.0	699.0	700.0	701.0	702.0	703.0	704.0	705.0	706.0	707.0	708.0	709.0	710.0	711.0	712.0	713.0	714.0	715.0	716.0	717.0	718.0	719.0	720.0	721.0	722.0	723.0	724.0	725.0	726.0	727.0	728.0	729.0	730.0	731.0	732.0	733.0	734.0	735.0	736.0	737.0	738.0	739.0	740.0	741.0	742.0	743.0	744.0	745.0	746.0	747.0	748.0	749.0	750.0	751.0	752.0	753.0	754.0	755.0	756.0	757.0	758.0	759.0	760.0	761.0	762.0	763.0	764.0	765.0	766.0	767.0	768.0	769.0	770.0	771.0	772.0	773.0	774.0	775.0	776.0	777.0	778.0	779.0	780.0	781.0	782.0	783.0	784.0	785.0	786.0	787.0	788.0	789.0	790.0	791.0	792.0	793.0	794.0	795.0	796.0	797.0	798.0	799.0	800.0	801.0	802.0	803.0	804.0	805.0	806.0	807.0	808.0	809.0	810.0	811.0	812.0	813.0	814.0	815.0	816.0	817.0	818.0	819.0	820.0	821.0	822.0	823.0	824.0	825.0	826.0	827.0	828.0	829.0	830.0	831.0	832.0	833.0	834.0	835.0	836.0	837.0	838.0	839.0	840.0	841.0	842.0	843.0	844.0	845.0	846.0	847.0	848.0	849.0	850.0	851.0	852.0	853.0	854.0	855.0	856.0	857.0	858.0	859.0	860.0	861.0	862.0	863.0	864.0	865.0	866.0	867.0	868.0	869.0	870.0	871.0	872.0	873.0	874.0	875.0	876.0	877.0	878.0	879.0	880.0	881.0	882.0	883.0	884.0	885.0	886.0	887.0	888.0	889.0	890.0	891.0	892.0	893.0	894.0	895.0	896.0	897.0	898.0	899.0	900.0	901.0	902.0	903.0	904.0	905.0	906.0	907.0	908.0	909.0	910.0	911.0	912.0	913.0	914.0	915.0	916.0	917.0	918.0	919.0	920.0	921.0	922.0	923.0	924.0	925.0	926.0	927.0	928.0	929.0	930.0	931.0	932.0	933.0	934.0	935.0	936.0	937.0	938.0	939.0	940.0	941.0	942.0	943.0	944.0	945.0	946.0	947.0	948.0	949.0	950.0	951.0	952.0	953.0	954.0	955.0	956.0	957.0	958.0	959.0	960.0	961.0	962.0	963.0	964.0	965.0	966.0	967.0	968.0	969.0	970.0	971.0	972.0	973.0	974.0	975.0	976.0	977.0	978.0	979.0	980.0	981.0	982.0	983.0	984.0	985.0	986.0	987.0	988.0	989.0	990.0	991.0	992.0	993.0	994.0	995.0	996.0	997.0	998.0	999.0	1000.0	1001.0	1002.0	1003.0	1004.0	1005.0	1006.0	1007.0	1008.0	1009.0	1010.0	1011.0	1012.0	1013.0	1014.0	1015.0	1016.0	1017.0	1018.0	1019.0	1020.0	1021.0	1022.0	1023.0	1024.0	1025.0	1026.0	1027.0	1028.0	1029.0	1030.0	1031.0	1032.0	1033.0	1034.0	1035.0	1036.0	1037.0	1038.0	1039.0	1040.0	1041.0	1042.0	1043.0	1044.0	1045.0	1046.0	1047.0	1048.0	1049.0	1050.0	1051.0	1052.0	1053.0	1054.0	1055.0	1056.0	1057.0	1058.0	1059.0	1060.0	1061.0	1062.0	1063.0	1064.0	1065.0	1066.0	1067.0	1068.0	1069.0	1070.0	1071.0	1072.0	1073.0	1074.0	1075.0	1076.0	1077.0	1078.0	1079.0	1080.0	1081.0	1082.0	1083.0	1084.0	1085.0	1086.0	1087.0	1088.0	1089.0	1090.0	1091.0	1092.0	1093.0	1094.0	1095.0	1096.0	1097.0	1098.0	1099.0	1100.0	1101.0	1102.0	1103.0	1104.0	1105.0	1106.0	1107.0	1108.0	1109.0	1110.0	1111.0	1112.0	1113.0	1114.0	1115.0	1116.0	1117.0	1118.0	1119.0	1120.0	1121.0	1122.0	1123.0	1124.0	1125.0	1126.0	1127.0	1128.0	1129.0	1130.0	1131.0	1132.0	1133.0	1134.0	1135.0	1136.0	1137.0	1138.0	1139.0	1140.0	1141.0	1142.0	11
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	----

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	Nome de Emissão da Guia 09/10/2023	Data de Autocratoção 09/10/2023	S-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11313180	7-Dia Validade da Série 07/10/2023	1484440 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------	------------------------

6-Número da Carteira	000202557565400000102
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validado da Carteira	11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

[illegible]

16-Endereço e RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CNPJ	19-UF	20-Código CNIS
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		12260	SC	025 -	Faturar Empresa

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Certificado Especialista		24-JF	25-Código CNEC
0523565000121	ODONTO COSTA LTDA		SC	9999999
26-Nome do Profissional Especialista	27-Número no CBO	29-JF	28-Código CBO S	
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	12260	SC		

900380

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos	
30-Tabela	31-Código do Procedimento
32-Descrição	33-Dentista/Região
34-Faixa	35-Ciód
36-Quantidade US	37-Valor
38-Frequência/Co-participação R\$	39-Mês
40-Data de Realização	41-Motivo da Causa

[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
 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
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

[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	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	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

Case	α	β	γ	δ	ϵ	ζ	η	θ	ι	κ	λ	μ	ν	ξ	$\omicron$	π	ρ	σ	τ	υ	ϕ	χ	ψ	ω
1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
2	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
3	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
4	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
5	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
6	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
7	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
8	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
9	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
10	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
11	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
12	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
13	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
14	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
15	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
16	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
17	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1													

[illegible][illegible][illegible]

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

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]

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

[illegible][illegible][illegible]

acredita, que não ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceto e autorizo a execução do Tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos necessários para a realização do mesmo.

[illegible]

9-Observação

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	
53-Dado, local e Carimbo de Empresa	
54-Dado, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	
55-Dado, local e Assinatura do Carimbo-Dentista	
56-Dado, local e Assinatura do Carimbo-Cirurgião-Dentista	

[illegible]



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/11/06 3-Data de Autorização 12/11/06 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 11354169 6-Data Validade da Série 11/09/12

7-Data Validade da Guia 11/09/12 8-Data Validade da Guia 11/09/12 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa WETZEL SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCUS VINICIUS ALEXANDRE AVELINO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARCUS VINICIUS ALEXANDRE AVELINO

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 18-Número no CRO 12260 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05231515000121 22-Nome do Contratado Executante ODONTO COSTA LTDA 23-Número no CRO 12260 24-UF SC 25-Código CNES 9999999 26-Nome do Profissional Executante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 27-Número no CRO 12260 28-UF SC 29-Código CBO S

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/09/12		Marcus
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Estado Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	0,00				

Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito o 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.

48-Observação

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



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 6/12/3 4-Data de Autorização 10/09/10 6/12/3 5-Serão AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 11313072 7-Data Validade da Guia 10/11/10 9/12/3 1484389 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102151446315200101064011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCIANE APARECIDA DE LUCHI 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JUCIANE APARECIDA DE LUCHI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 18-Número no CRO 12260 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNEJ / CPF 01523565001121 22-Nome do Contratado Esquecente ODONTO COSTA LTDA 23-Número no CRO 12260 24-UF SC 25-Código CNES 9999999 26-Nome do Profissional Esquecente VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 27-Número no CRO 12260 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volts	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo de Círculo	42-Assinatura
1-0	0	8100065										
2-		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,0					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo do Afastamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo do Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Volts 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.

48-Observação

50-Data Local e Assinatura do(a) Responsável Solicitante 51-Data Local e Assinatura do(a) Responsável 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data Local e Cópia da Empresa



1-Deposito AYS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 14/10/16 123 4-Dia de Autenticação 14/10/16 123 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11328196 7-Dia Validade da Guia 12/10/19 123 1489637 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

0101201215171418171010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

REBEKA FRANCIELE VIEIRA FERREIRA 21/10/1999 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano REBEKA FRANCIELE VIEIRA FERREIRA

16-Endereço Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 18-Número no CRO 12260 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / C/P / C/Pf 22-Nome do Contratado Exatidão 23-Número no CRO 12260 24-UF SC 25-Código CNES 99999999

26-Nome do Profissional Exatidão VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 27-Número no CRO 12260 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taxa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Autorização
1-0	01810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,00	0,00	516,50	023			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Contratado/Responsável 51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1-Registro AOS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 09/06/2013 3-Dados de Autorização 12/06/2013 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 11314965 6-Dados de Validade da Série 07/09/2013 1485174 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102151416131512101000771021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO 11-Dados Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CESAR DE AVILA BICHO 14-Telefone 15-Nome do Titular do Plano FLAVIA INGRID BORGES DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação e RN 17-Nome do Profissional Societário VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 18-Número no CRO 12260 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / DDPJ / CPF 051213151615101011211 22-Nome do Contratado Societário ODONTO COSTALTD 23-Número no CRO 12260 24-UF SC 25-Código CNES 99999999

26-Nome do Profissional Societário VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 27-Número no CRO 12260 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glória	42-Justificativa
1-010181010101013101		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		131410101	010101					
2-11111111111111111111												
3-11111111111111111111												
4-11111111111111111111												
5-11111111111111111111												
6-11111111111111111111												
7-11111111111111111111												
8-11111111111111111111												
9-11111111111111111111												
10-11111111111111111111												
11-11111111111111111111												
12-11111111111111111111												
13-11111111111111111111												
14-11111111111111111111												
15-11111111111111111111												
43-Dados Previstos no Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	31410101	010101								

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e de forma espontânea. 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-Dados, local e Assinatura do Contratado-Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Caimbo da Empresa

1485163
INTERCÂMBIOcode

10

1

41-Motivo da Glória 42-Vasinhimura

תאריך: 11.11.2019

—

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

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

—

1111

--	--	--	--	--

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

[illegible]

1000

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

46-1001 Tranquil / Co-participação R\$[illegible]

quod documentum, et v

1000

--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro AVS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 09/10/2013 3-Data de Autorização 09/10/2013 4-Serviço AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 11313162 6-Data Validade da Guia 10/12/2013 7-Data Validade da Guia 10/12/2013 8-Intercâmbio 1484430

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 002012025372384000191011 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Empresa BRITANIA INDUSTRIA E COMERCIO 12-Endereço () 13-Data Validade da Carteira 14-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome MARLI MARLENE WIDMANN BRITO 16-Data de Nascimento 23/01/1969 17-Endereço 18-Número no CRO 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Atendimento a RN 22-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 23-Código na Operadora / CNO / CFP 0523565000121 24-Nome do Contratado Especialista ODONTO COSTA LTDA 25-Número no CRO 12260 26-UF SC 27-Código CBO S 9999999 28-Data de Emissão da Guia 09/10/2013

29-Nome do Profissional Especialista VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA 30-Endereço 31-Número no CRO 12260 32-UF SC 33-Código CBO S 9999999

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Fluxo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquizado-Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	589,00	10,00	10/12/2013	Real	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Previstos no Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquizado / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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-Dados de Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Carimbo da Empresa



Desenho do Planejamento

is more

Declaro do Contrólado Responsável pelo Tratamento

21-Código do Operador / CNPJ / CPF26-Nome de Professor(a) Evaluador(a)**Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados**1010118110101010

100

—

[illegible]

9-11111111

10

[illegible]

141

1. Introduction 2. Background 3. Methodology 4. Results 5. Conclusion 6. References 7. Appendix 8. Index 9. Table of Contents 10. Summary

Dedaro, que após ler sido devidame

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 aceitar com os custos por ele cobrados, a decisão, ainda que o(s) procediment(o) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não for(em) 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, a contrapartida do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19-Observado

51-Dia, local e Assinatura do Chefe-Dentista	✓
52-Dia, local e Assinatura do Bancheiro / Responsável	✓
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	✓

[illegible]

1484432
INTERCÂMBIO

opóna

159

1000

41- Motivo da Cisão: 12/10/2013

11

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

11

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

7

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

48-Total Franchise / Co-participa[illegible]do que assina esse documen

--

1000000



1484538	7-Dia Validar da Empresa	10/7/09 12:31
INTERCÂMBIO	Salvamento da Guia Principal	11313399
	5-Série	AUTORIZADO
	4-Dia de Autorização	09/06/23
	3-Dia de Emissão da Guia	09/06/23
400474	3-Deposito - Inter	

000202553119003806021	000202553119003806021	000202553119003806021	000202553119003806021
POS REDE PRESTADORA	POS REDE PRESTADORA	POS REDE PRESTADORA	POS REDE PRESTADORA
TUPY SA	TUPY SA	TUPY SA	TUPY SA
11-Dia Validade da Carteira	11-Dia Validade da Carteira	11-Dia Validade da Carteira	11-Dia Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Crédito	12-Número do Cartão Nacional de Crédito	12-Número do Cartão Nacional de Crédito	12-Número do Cartão Nacional de Crédito

[illegible]

N VALERIA ROMERO SONNI DA COSTA 11-Agosto-82 - Piazzalezza Sordani	12260 11-Agosto no CRD	SC 11-Ag	025 - 70-Código CUB S
--	--	--	---

22-Nome da Companhia Limitada		23-Numero do CNPJ	
ODONTO COSTA LTDA		12260	
24-LUF		25-Código CNEC	
SC		99999999	
Faturar Empresa			

27-Admuni no CRO 12260		27-Admuni no CRO 12260	27-Admuni no CRO 12260
---------------------------	--	---------------------------	---------------------------

[illegible][illegible]

2. ()

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

[illegible][illegible]

21

[illegible]

43-Total Fiancilla (Fiancilla de Instrumentos)	44-Tipo de Instrumento	45-Total Durabilidad US	46-Valor Total RD	4b-Total Fiancilla / Co-participación
☐ 1- Instrumento Documentado ☐ 2- Escribe Prudencia 3- Condición 4- Subprime 5- Compañía	☐ 1- Instrumento Documentado ☐ 2- Escribe Prudencia 3- Condición 4- Subprime 5- Compañía	☐ 1- Total 2- Dura	☐ 1- Total 2- Dura	☐ 1- Total 2- Dura

Declaro, que toda vez sido devidamente esclarecido sobre as possibilidades, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representado, ficarei e serei obrigado a associar-me a associação de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos por mim devidos. Declaro, ainda que eu(s) procederei(a) de acordo e por mim assumido(a) os custos necessários para a realização do tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos necessários, (salvo em caso de emergência, quando a realização do tratamento não puder ser adiada, sendo a realização do tratamento realizada em caráter excepcional, a ser posteriormente analisada e aprovada pelo Conselho de Administração da Associação de Tratamento de Dependentes de Álcool e Drogas, para a realização do tratamento, compreendendo-me a arcar com os custos necessários).

40 Owen et al.

50-Data, local e Assinatura do Cargo-Deputado	51-Data, local e Assinatura do Cargo-Deputado	52-Data, local e Assinatura do Cargo-Deputado	53-Data, local e Assinatura do Cargo-Deputado
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

Handwritten signature



1484642
INTERCÂMBIO

6-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/06/23	4-Data de Autorização 09/06/23	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 11313671	7-Data Validade da Senha 07/09/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553311900523401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JEFFERSON FRANCISCO PEREZ TAPIA	14-Telefone 23/11/1991	15-Nome do titular do plano JEFFERSON FRANCISCO PEREZ TAPIA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0523565000121	22-Nome do Contratado Executante ODONTO COSTA LTDA	23-Número no CRO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	27-Número no CRO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/06/23		Jef
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
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-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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(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 09/06/23 Valkyria	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/23 Jef	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



1-Registro ANS
406414

3-Dados de Emissão da Guia
20/10/2013

4-Dados de Autorização
20/10/2013

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
1349748

7-Dados Validação da Guia
18/10/2013

8-Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira
0002012553311900239702

10-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira
07/05/1976

12-Nome
DEISE FABIANA PARCIANELLO SACCOL

13-Data de Nascimento
07/05/1976

14-Endereço
TUPY SA

15-Nome do Utilizador do Plano
JOSE VALDECIR DOS ANJOS

16-Endereço
Faturar Empresa

17-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

18-Número no CRO
12260

19-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

20-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

21-Número no CRO
12260

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

23-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

24-Número no CRO
12260

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

26-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

27-Número no CRO
12260

28-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

29-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

30-Número no CRO
12260

31-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

32-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

33-Número no CRO
12260

34-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

35-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

36-Número no CRO
12260

37-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

38-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

39-Número no CRO
12260

40-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

41-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

42-Número no CRO
12260

43-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

44-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

45-Número no CRO
12260

46-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

47-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

48-Número no CRO
12260

49-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

50-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

51-Número no CRO
12260

52-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

53-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

54-Número no CRO
12260

55-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

56-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA

57-Número no CRO
12260

58-Código na Operadora / CNPJ / CPF
052356500121

59-Nome do Profissional Solicitante
VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA



1495652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/23	4-Data de Autorização 19/06/23	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 11345271	7-Data Validade da Senha 17/09/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

3-Número da Carteira 0020257307100002801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEANDRO ANDREY IURCK	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA GOMES NUNES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNA GOMES NUNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0523565000121	22-Nome do Contratado Executante ODONTO COSTA LTDA	23-Número no CRO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		27-Número no CRO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/06/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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 20/06/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/06/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



1-Documento ANS 406414	2-Cada no Emissão da Guia 0 9 // 0 6 // 2 3	3-Dia de Autorização 0 9 // 0 6 // 2 3	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11315047	7-Dia Validado da Sanha 0 7 // 0 9 // 2 3
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 4 4 6 3 5 2 0 0 0 0 7 7 0 3	10-Empresa UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO		11-Dia Validado da Carteira _ / _ / _		
12-Nome FRANCISCO DIAS BICHO	13-Nome POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional do Boleto		
14-Data de Emissão do Documento 06/01/2010					
15-Nome do Titular do plano FLAVIA INGRID BORGES DIAS					
16-Endereço e CEP Valkyria Romero Sonni da Costa					
17-Nome do Profissional Societário VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		18-Número no CBO 12260		19-UF SC	
20-Código no DOP / DOPF 0 5 2 3 5 6 5 0 0 0 1 2 1 _		21-Nome da Contratada Especialista ODONTO COSTA LTDA		22-UF SC	
23-Nome do Profissional Especialista VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		24-Número no CBO 12260		25-Código CNES 99999999	
26-Nome do Profissional Especialista VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		27-Número no CBO 12260		28-UF SC	
29-Código CBO S					
30-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado					

30-Título	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fração	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo d'Gloss	42-Material
1-0	0	8	1	0	0	0	0	3	0			
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo do Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

34,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Cartão de Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1484433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia da Emissão da Guia 10/09/10/16/12/13		4-Dia da Autorização 10/09/10/16/12/13		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11313166		7-Dia Valsade da Guia 10/17/10/19/12/13	
8-Número da Carteira 10/0/2/10/2/5/4/7/6/4/3/8/0/0/0/3/2/3/0/4/1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIGUA INDUSTRIA DE PLASTICOS		11-Dia Validado da Carteira 10/17/10/19/12/13		12-Número do Cartão Nacional do Saúde			
13-Nome LARA BABINSKI MEIER		09/12/2017		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano RUDOLFO ALEXANDRE MEIER					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA		18-Número no CRO 12260		19-UF SC		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/51213151651010011211		22-Nome do Contratado Específico ODONTO COSTA LTDA		23-Número no CRO 12260		24-UF SC		25-Código CNES 99999999			
26-Nome do Profissional Específico VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA				27-Número no CRO 12260		28-UF SC		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Cid		36-Quantidade US	
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0 1		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		13 4 10 0		0 10 0	
2-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
3-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
4-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
5-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
6-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
7-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
8-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
9-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
10-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
11-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
12-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
13-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
14-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
15-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
43-Dia Previsto Término do Tratamento		44-Tipo do Abandono		45-Tipo do Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Cop-participação R\$	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		3 4 10 0		10 10 0		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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-Assinatura e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante LARA BABINSKI MEIER		51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista 10/09/10/16/12/13		52-Dia, local e Assinatura do Profissional Responsável RUDOLFO ALEXANDRE MEIER		53-Dia, local e Cartão da Empresa 10/09/10/16/12/13	
--	--	--	--	---	--	--	--



1-Deposito ANS 406414	3-Dados do Emittente da Guia 0 9 // 0 6 // 2 3	4-Dados de Autenticação 0 9 // 0 6 // 2 3	5-Série AUTORIZADO	6-Estabelecimento da Guia Principal 11313700	7-Dados Validados da Série 0 7 // 0 9 // 2 3
--------------------------	---	--	-----------------------	---	---

1484653
INTERCÂMBIO

Dispositional Benefits

Salvamento da Corrente	
0	0
0	2
2	0
2	5
5	5
3	3
3	1
1	1
1	9
9	0
0	0
0	0
2	2
7	7
8	8
0	0
2	2

9. Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TUPY SA

11-Dia Validado da Carteira
UUUU//12-Número do Cartão Nacional de Saúde

VANESSA DE OLIVEIRA

28/06/1993

(14-7)

MARCOS DA ROSA PATRICIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 Avenue de Professional Services
VALTRIA ROMERO SONNI DA COSTA

18-Número no CRD
1226019UF
SC20-Codego CBO S025 -

21-Compila la Domanda / Digita / DFF
10|5|2|3|5|6|5|0|0|0|1|2|1|

Z2-Nome do Contratado Especifica
ODONTO COSTA LTDA

27-Número no CRO	27-Número no CRO
12260	12260

24	SC
28	SC

25-Cddigo C
999999

Falcilar Empresa

Plans de Trimestre / Programas Seleccionados

37-Edição	34-Faixa	35-Orig	36-Quantidade US
37-Edição em português	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dura da Realização
38-Descrição	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
39-Denotação			

1-1010181101010101301CONSULTA ODONTOLÓGICA

— 1 —

F

11

SINCE

Don

[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 o(s) procedimento(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 - Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante	51 - Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data, local e Cartão da Empresa
08/06/2023 Colônia 26	08/06/2023	09/06/2023	

242



References

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2019	4-Data de Autorização 10/09/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11313167	7-Data Validade da Série 10/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

1484435
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/2012 5476438000323021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VIAJES INDUSTRIA DE PLASTICOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome LETICIA BABINSKI MEIER	14-Teléfono 26/1/2019	15-Nome do titular do plano RUDOLFO ALEXANDRE MEIER
-----------------------------------	--------------------------	--

Decisão do Cordeado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	18-Número no CRO 12260	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015213151000121	22-Nome do Cordeado Encarregado ODONTO COSTA LTDA	23-Número no CRO 12260	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
---	--	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Encarregado VALKYRIA ROMERO SONNI DA COSTA	27-Número no CRO 12260	28-UF SC	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Valor
1	1001810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	0,00	5,00	10/12/2019	13	Atividade	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima 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) acima, e por mim assinado(s), foi(m) 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 Cordeado Solicitante 09/10/2019 Leticia Babinski Meier	51-Data, local e Assinatura do Cordeado-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/10/2019 Rudolfo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------