



377156
INTERCÂMBIO

1-Registro Ato 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879540	7-Data Validade da Serina 16/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025301920000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA DOMICIANO DA SILVA		14-Data de Nascimento 27/02/1982	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ADRIANA DOMICIANO DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RV N	18-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	19-Número no CRO 91223	20-UF SP	21-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	23-Nome do Contratado Executor CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	24-Número no CRO 91223	25-UF SP	26-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218
27-Nome do Profissional Executor CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		28-Número no CRO 91223	29-UF SP	30-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Guia	43-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/09/20		+ Adg
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	12,20	0,00		S			
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOP	1	12,20	0,00		S	30/09/20		x Adg
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Data Prevista Término do Tratamento / /	45-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	47-Tipo de Quilograma US 27,80	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Tipo de Franquia/Co-participação R\$
---	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 30/09/2020 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira CRO. 91223-SP	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executor 30/09/2020 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira CRO. 91223-SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2020 Adg	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
---	--	--	---



411541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022585	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601110504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOELMA SANTOS OLIVEIRA	14-Telefone 13/11/1975	15-Data de validade do plano 13/11/20	16-Nome do titular do plano MAURO CESAR SOARES DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	19-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO 5		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/11/20		
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/11/20		
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/11/20		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/11/20		
5	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/20		
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 178,00	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/vão realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, assinando este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
12/11/20

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
12/11/20

52-Data, local e Assinatura do Profissional Executante
12/11/20

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/11/20



404703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/6/11/0/2/0	4-Data de Autorização 2/7/11/0/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994861	7-Data Validade da Senha 2/4/11/0/1/2/1
8-Endereço do Beneficiário 0/0/2/0/2/5/1/0/5/5/0/6/0/1/1/4/5/9/0/3					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / / / / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome ANSELMO SEBASTIAO DE SOUSA			
14-Data de Nascimento 12/11/1972		15-Telefone (11) 2/4/3/6/7/5/2/7		16-Nome do titular do plano ANDREA MARCAL NOGUEIRA	
17-Atendimento a RDI N					
18-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
19-Número no CRO 91223		20-UF SP		21-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3/3/8/0/2/6/5/8/0/1		23-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		24-Número no CRO 91223	
25-UF SP		26-Código CBO 5		27-Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200	
28-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					

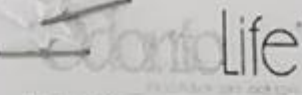
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0/0/8/5/1/0/0/2/0/0	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	8/8/0/0	0/0/0/0	S		24/10/2010		
2	0/0/8/5/1/0/0/2/0/0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	8/8/0/0	0/0/0/0	S		24/10/2010		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 24/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1/7/6/0/0	47-Valor Total R\$ 0/0/0/0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / / /
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 24/10/2010, Curitiba, DR. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 24/10/2010, Curitiba, DR. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2010, Curitiba, ANDREA MARCAL NOGUEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2010, Curitiba, DR. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240

362996
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 24/08/20	3-Data de Autorização 25/08/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7816539	6-Data Validade da Senha 22/11/20
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529718900001601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BL SERVICE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/11/20	2220	Thaiane
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/11/20	2220	Thaiane
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/11/20	2220	Thaiane
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/11/20	2220	Thaiane
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	26/08/2020	2220	Thaiane
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	26/08/2020	2220	Thaiane
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	61,00	0,00		S	09/09/2020	2220	Thaiane
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-Otodor 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Tot 2-Parcial	46-Total Quantidade US 354,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) aqui, 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 Dra. Camila Jusevicius Arouche Alves Ferreira Cirurgia Buco Maxilo Facial CRO 91223 - SP	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Coadjuvante Dentista 06/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2020 Thaiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--