

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2014	4-Data de Autorização 12/13/14	5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 2144249	7-Data Validade da Série 16/10/13
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

2144249
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202511168966000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDO DE PROMOCÃO E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LORENA LETICIA DO AMARAL	12/11/2004	11-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano LORENA LETICIA DO AMARAL	

16-Autorização a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LONGO DE CAMARGO	18-Número no CRO 23161	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08373512942	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LONGO DE CAMARGO	23-Número no CRO 23161	24-UF SC	25-Código CHES SC
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LONGO DE CAMARGO		27-Número no CRO 23161	28-UF SC	29-Código CBO S SC

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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-Autorização
1-00	84000198	PROFILAXIA POLIMENTO		1	1	4,00	0,00		N	16/12/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 16/11/2014	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 14,00	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 Grupo Odontológico 16/11/2014 Dra. Patrícia Longo de Camargo	51-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 16/11/2014 Dra. Patrícia Longo de Camargo	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2014 Dra. Patrícia Longo de Camargo	53-Data local e Carimbo da Empresa 16/11/2014 Dra. Patrícia Longo de Camargo
--	--	--	--

100

2151847
INTERCAMBIO

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observation

Cheng Qun

16. Patricia Longo Le
Dentista

Dr. Patricia Longo Curran
Dentist

--

10

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/2012

4-Data de Autorização
11/01/2012

5-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
2138071

7-Data Validade da Guia
11/01/2013

2138071
INTERCÂMBIO

8-Endereço do Beneficiário

9-Número da Carteira
0002025116176800156501

10-Endereço do Prestador
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço da Empresa
INTELBRAS SA INDUSTRIA DE

12-Data Validade da Carteira
11/01/2013

13-Número da Carteira Nacional de Saúde

14-Nome
WELLINGTON JEQUISON ARRUDA DOS SANTOS

15-Data de Nascimento
21/07/1992

16-Endereço do Beneficiário
16-Endereço do Beneficiário

17-Nome do Titular do Plano
WELLINGTON JEQUISON ARRUDA DOS SANTOS

18-Endereço do Beneficiário

19-Nome do Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

20-Nome do Contratado Exercente
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

21-Número no CRO
23161

22-UF
SC

23-Código CBO S
025 -

24-Faturar Empresa

25-Código da Operadora / CNPJ / CPF
08373512942

26-Nome do Profissional Exercente
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

27-Número no CRO
23161

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Endereço do Beneficiário

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Dentista/Régulo

33-Faixa

34-Quantidade US

35-Valor

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Ant

38-Data de Realização

39-Matéria da Guia

1-000810000651

2-000000000000

3-000000000000

4-000000000000

5-000000000000

6-000000000000

7-000000000000

8-000000000000

9-000000000000

10-000000000000

11-000000000000

12-000000000000

13-000000000000

14-000000000000

15-000000000000

16-000000000000

17-000000000000

18-000000000000

19-000000000000

20-000000000000

21-000000000000

22-000000000000

23-000000000000

24-000000000000

25-000000000000

26-000000000000

27-000000000000

28-000000000000

29-000000000000

30-000000000000

31-000000000000

32-000000000000

33-000000000000

34-000000000000

35-000000000000

36-000000000000

37-000000000000

38-000000000000

39-000000000000

40-000000000000

41-000000000000

42-000000000000

43-000000000000

44-000000000000

45-000000000000

46-000000000000

47-000000000000

48-000000000000

49-000000000000

50-000000000000

51-000000000000

52-000000000000

53-000000000000

54-000000000000

55-000000000000

56-000000000000

57-000000000000

58-000000000000

59-000000000000

60-000000000000

61-000000000000

62-000000000000

63-000000000000

64-000000000000

65-000000000000

66-000000000000

67-000000000000

68-000000000000

69-000000000000

70-000000000000

71-000000000000

72-000000000000

73-000000000000

74-000000000000

75-000000000000

76-000000000000

77-000000000000

78-000000000000

79-000000000000

80-000000000000

81-000000000000

82-000000000000

83-000000000000

84-000000000000

85-000000000000

86-000000000000

87-000000000000

88-000000000000

89-000000000000

90-000000000000

91-000000000000

92-000000000000

93-000000000000

94-000000000000

95-000000000000

96-000000000000

97-000000000000

98-000000000000

99-000000000000

100-000000000000

101-000000000000

102-000000000000

103-000000000000

104-000000000000

105-000000000000

106-000000000000

107-000000000000

108-000000000000

109-000000000000

110-000000000000

111-000000000000

112-000000000000

113-000000000000

114-000000000000

115-000000000000

116-000000000000

117-000000000000

118-000000000000

119-000000000000

120-000000000000

121-000000000000

122-000000000000

123-000000000000

124-000000000000

125-000000000000

126-000000000000

127-000000000000

128-000000000000

129-000000000000

130-000000000000

131-000000000000

132-000000000000

133-000000000000

134-000000000000

135-000000000000

136-000000000000

137-000000000000

138-000000000000

139-000000000000

140-000000000000

141-000000000000

142-000000000000

143-000000000000

144-000000000000

145-000000000000

146-000000000000

147-000000000000

148-000000000000

149-000000000000

150-000000000000

151-000000000000

152-000000000000

153-000000000000

154-000000000000

155-000000000000

156-000000000000

157-000000000000

158-000000000000

159-000000000000

160-000000000000

161-000000000000

162-000000000000

163-000000000000

164-000000000000

165-000000000000

166-000000000000

167-000000000000

168-000000000000

169-000000000000

170-000000000000

171-000000000000

172-000000000000

173-000000000000

174-000000000000

175-000000000000

176-000000000000

177-000000000000

178-000000000000

179-000000000000

180-000000000000

181-000000000000

182-000000000000

183-000000000000

184-000000000000

185-000000000000

186-000000000000

187-000000000000

188-000000000000

189-000000000000

190-000000000000

191-000000000000

192-000000000000

193-000000000000

194-000000000000

195-000000000000

196-000000000000

197-000000000000

198-000000000000

199-000000000000

200-000000000000

201-000000000000

202-000000000000

203-000000000000

204-000000000000

205-000000000000

206-000000000000

207-000000000000

208-000000000000

209-000000000000

210-000000000000

211-000000000000

212-000000000000

213-000000000000

214-000000000000

215-000000000000

216-000000000000

217-000000000000

218-000000000000

219-000000000000

220-000000000000

221-000000000000

222-000000000000

223-000000000000

224-000000000000

225-000000000000

226-000000000000

227-000000000000

228-000000000000

246

2138076
INTERCAMBIO¹² Abrechnung des Carillo Nacional de Buenos Aires.

15-Norma do titular do piano
WELLINGTON JEQUISON ARRUDA DOS SANTOS

025 - Faturar Empresa29-Código CBO S

1000

47. *Medicago* 238 *Chamaecrista* 472 *Desmodium* 472

—

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

100

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

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

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

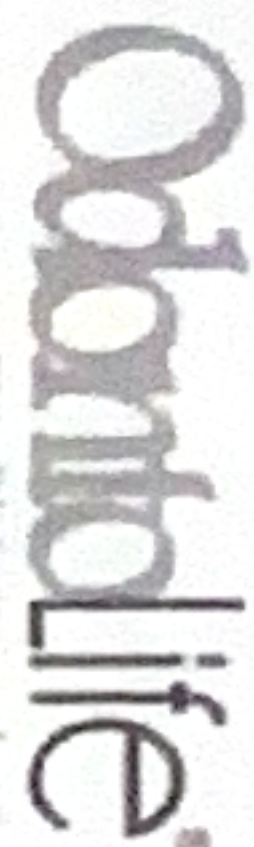
8-Total Payments / Co-participations R\$

[illegible]

--	--

Particular Longo
Thromatologia
facial

Dr. Patricia Long
Chiropractic & Acupuncture
1013
Bldg B
25161



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



2090728
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/11 4-Data de Autorização 11/9/11 5-Série AUTORIZADO 13165093 6-Número da Guia Principal 13165093 7-Data Validade da Guia 13/01/11 8-Data Validade da Guia 13/01/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102151186779000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

EDUARDO JOSWIACK DA ROSA INACIO

21/09/1985

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

EDUARDO JOSWIACK DA ROSA INACIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LONGO DE CAMARGO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08373512942 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LONGO DE CAMARGO

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LONGO DE CAMARGO

27-Número no CRO 23161

28-UF SC

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guarnição	42-Assinatura
1-0	08373512942	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOP	1	122,00	0,00			11/11/11		
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 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\$							
11/11/11	1-1 Tratamento Odontológico	1-1 Total 2-Parcial	122,00	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 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 e Responsável pelo Tratamento: 11/11/11, Dr. Patrícia Longo, 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista e Responsável pelo Tratamento: 11/11/11, Dr. Patrícia Longo, 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/11/11, Eduardo Joswiack da Rosa Inácio, 53-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/11, Res. Cirurgião e Traumatologista, 54-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/11, Res. Cirurgião e Traumatologista

Res. Cirurgião e Traumatologista, 55-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/11, Res. Cirurgião e Traumatologista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-44



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 12/24 4-Data de Autorização 13/01/10 12/24 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13150001 7-Data Validade da Guia 12/01/11 12/25 2086197 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1002025118677900000011011 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDO JOSWACK DA ROSA INACIO 21/09/1985 14-Telefone (11) 23161 15-Nome do titular do plano EDUARDO JOSWACK DA ROSA INACIO

16-Atendimento a RIN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LONGO DE CAMARGO 18-Número no CRO 23161 19-UF SC 20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 083735112942 22-Nome do Contratado Exatante PATRICIA LONGO DE CAMARGO 23-Número no CRO 23161 24-UF SC 25-Código CBO 5

26-Nome do Profissional Exatante PATRICIA LONGO DE CAMARGO 27-Número no CRO 23161 28-UF SC 29-Código CBO 5

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

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/11/10 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 1174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação 50-Data, local e Assinatura de 51-Data, local e Assinatura do 52-Data, local e Assinatura do 53-Data, local e Assinatura do



216763
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
24/11/2014

4-Data de Autenticação
10/11/2014

5-Santa
AGUARDANDO TOKEN DO

6-Número da Guia Principal
13242279

7-Data Vencimento da Guia
12/10/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025118868600001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Vencimento da Carteira
11/11/11

12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome
ANA PAULA DEMICIANO DE PAULA MULLER

09/05/1988

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CLAUDENIR JOSE MULLER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandonamento a R\$
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08373512942

22-Nome do Contratado Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

23-Número no CRO
23161

24-UF
SC

25-Código CNEB
23161

26-UF
SC

27-Código CBO S
23161

28-UF
SC

29-Código CBO S
23161

30-UF
SC

31-UF
SC

32-UF
SC

33-UF
SC

34-UF
SC

35-UF
SC

36-UF
SC

37-UF
SC

38-UF
SC

39-UF
SC

40-UF
SC

41-UF
SC

42-UF
SC

43-UF
SC

44-UF
SC

45-UF
SC

46-UF
SC

47-UF
SC

48-UF
SC

49-UF
SC

50-UF
SC

51-UF
SC

52-UF
SC

53-UF
SC

54-UF
SC

55-UF
SC

56-UF
SC

57-UF
SC

58-UF
SC

59-UF
SC

60-UF
SC

61-UF
SC

62-UF
SC

63-UF
SC

64-UF
SC

65-UF
SC

66-UF
SC

67-UF
SC

68-UF
SC

69-UF
SC

70-UF
SC

71-UF
SC

72-UF
SC

73-UF
SC

74-UF
SC

75-UF
SC

76-UF
SC

77-UF
SC

78-UF
SC

79-UF
SC

80-UF
SC

81-UF
SC

82-UF
SC

83-UF
SC

84-UF
SC

85-UF
SC

86-UF
SC

87-UF
SC

88-UF
SC

89-UF
SC

90-UF
SC

91-UF
SC

92-UF
SC

93-UF
SC

94-UF
SC

95-UF
SC

96-UF
SC

97-UF
SC

98-UF
SC

99-UF
SC

00-UF
SC

01-UF
SC

02-UF
SC

03-UF
SC

04-UF
SC

05-UF
SC

06-UF
SC

07-UF
SC

08-UF
SC

09-UF
SC

10-UF
SC

11-UF
SC

12-UF
SC

13-UF
SC

14-UF
SC

15-UF
SC

16-UF
SC

17-UF
SC

18-UF
SC

19-UF
SC

20-UF
SC

21-UF
SC

22-UF
SC

23-UF
SC

24-UF
SC

25-UF
SC

26-UF
SC

27-UF
SC

28-UF
SC

29-UF
SC

30-UF
SC

31-UF
SC

32-UF
SC

33-UF
SC

34-UF
SC

35-UF
SC

36-UF
SC

37-UF
SC

38-UF
SC

39-UF
SC

40-UF
SC

41-UF
SC

42-UF
SC

43-UF
SC

44-UF
SC

45-UF
SC

46-UF
SC

47-UF
SC

48-UF
SC

49-UF
SC

50-UF
SC

51-UF
SC

52-UF
SC

53-UF
SC

54-UF
SC

55-UF
SC

56-UF
SC

57-UF
SC

58-UF
SC

59-UF
SC

60-UF
SC

61-UF
SC

62-UF
SC

63-UF
SC

64-UF
SC

65-UF
SC

66-UF
SC

67-UF
SC

68-UF
SC

69-UF
SC

70-UF
SC

71-UF
SC

72-UF
SC

73-UF
SC

74-UF
SC

75-UF
SC

76-UF
SC

77-UF
SC

78-UF
SC

79-UF
SC

80-UF
SC

81-UF
SC

82-UF
SC

83-UF
SC

84-UF
SC

85-UF
SC

86-UF
SC

87-UF
SC

88-UF
SC

89-UF
SC

90-UF
SC

91-UF
SC

92-UF
SC

93-UF
SC

94-UF
SC

95-UF
SC

96-UF
SC

97-UF
SC

98-UF
SC

99-UF
SC

00-UF
SC

01-UF
SC

02-UF
SC

03-UF
SC

04-UF
SC

05-UF
SC

06-UF
SC

07-UF
SC

08-UF
SC

09-UF
SC

10-UF
SC

11-UF
SC

12-UF
SC

13-UF
SC

14-UF
SC

15-UF
SC

16-UF
SC

17-UF
SC

18-UF
SC

19-UF
SC

20-UF
SC

21-UF
SC

22-UF
SC

23-UF
SC

24-UF
SC

25-UF
SC

26-UF
SC

27-UF
SC

28-UF
SC

29-UF
SC

30-UF
SC

31-UF
SC

32-UF
SC

33-UF
SC

34-UF
SC

35-UF
SC

36-UF
SC

37-UF
SC

38-UF
SC

39-UF
SC

40-UF
SC

41-UF
SC

42-UF
SC

43-UF
SC

44-UF
SC

45-UF
SC

46-UF
SC

47-UF
SC

48-UF
SC

49-UF
SC

50-UF
SC

51-UF
SC

52-UF
SC

53-UF
SC

54-UF
SC

55-UF
SC

56-UF
SC

57-UF
SC

58-UF
SC

59-UF
SC

60-UF
SC

61-UF
SC

62-UF
SC

63-UF
SC

64-UF
SC

65-UF
SC

66-UF
SC

67-UF
SC

68-UF
SC

69-UF
SC

70-UF
SC

71-UF
SC

72-UF
SC

2-45

2112940
INTERCAMBIO

B-2 Plano
POS REDE PRESTADORA

09/05/1988DE CAMARGO

GIVAL _____

--	--	--	--

1111

1111

[illegible]

1	2	3	4
---	---	---	---

1111

111

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

3-Ortodontia 4-Urgencia/Emergencia

realizadas de treinamento, conforme acima
previsto em contrato

10/10/10

151

BUCK CRO/50


2092191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/11 11:24

4-Data de Autorização
10/04/11 11:24

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13169474

7-Data Validade da Série
10/02/10 21:25

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020251187903000001011

13-Idade
VANESSA TOMAZ DE OLIVEIRA

14-Data de Nascimento
29/11/1986

15-Endereço do Contratado Racionalizável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

17-Código na Operadora / CNPJ / CPF
108373512942

22-Nome do Contratado Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

26-Nome do Profissional Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

18-Número no CRO
23161

19-UF
SC

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO
23161

24-UF
SC

25-Código CNES
23161

27-Número no CRO
23161

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Fase
35-Cid
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Método de Class
42-Atendimento

1-10084000198
2-10081000065
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

PROFILAXIA, POLIMENTO
CONSULTA ODONTOLÓGICA
1
34000
10000
0000
0000
0000
0000
0000
0000
0000
0000
0000
0000
0000
0000

10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24

10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24
10/04/11 11:24

43-Data Prevista Término do Tratamento
10/04/11 11:24

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
17400

47-Valor Total R\$
10000

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) 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 Contratado Racionalizável
10/04/11 11:24

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/04/11 11:24

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/04/11 11:24

53-Data local e Assinatura da Empresa
10/04/11 11:24

54-Data local e Assinatura do Profissional
10/04/11 11:24



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



2112950
INTERCAMBIO

1-Registro AMS
406414

3-Data de Emissão da Guia
20/11/2014

4-Data de Autorização
24/11/2014

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13230734

7-Data Validade da Sertha
18/10/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202511886860000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CLAUDENIR JOSE MULLER

03/07/1980

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CLAUDENIR JOSE MULLER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

18-Número no CRO
23161

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08373512942

22-Nome do Contratado Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

23-Número no CRO
23161

24-UF
SC

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100226
(I) 85100226

26-Nome do Profissional Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

27-Número no CRO
23161

28-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Prioridades Solicitadas

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentárioRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCo-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Oclusão	42-Atendimento
1-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	144,00				03/12/24		Claudemir
2-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				03/12/24		Claudemir
3-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DIMV	1	122,00				03/12/24		Claudemir
4-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IMDV	1	122,00				03/12/24		Claudemir
5-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MDM	1	122,00				03/12/24		Claudemir
6-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MDM	1	122,00				03/12/24		Claudemir
7-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	18	MDM	1	122,00				03/12/24		Claudemir
8-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00				03/12/24		Claudemir
9-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00				03/12/24		Claudemir
10-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	34		1	73,00				03/12/24		Claudemir
11-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00				03/12/24		Claudemir
12-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00				03/12/24		Claudemir
13												
14												
15												

43-Data de Início do Tratamento
03/12/24

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
11153,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

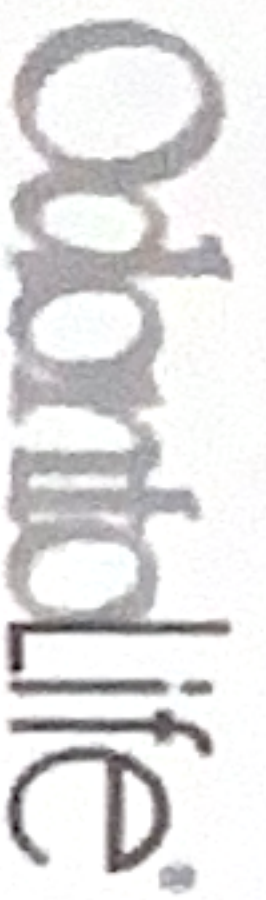
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/12/24 Jta. Claudenir Jose Muller

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/12/24 Jta. Claudenir Jose Muller

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/12/24 Claudenir Jose Muller

53-Data, local e Assinatura da Empresa
03/12/24

54-Data, local e Assinatura da Empresa
03/12/24



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/3/11 12/12/14

4-Data de Autorização
10/3/11 12/12/14

5-Serão
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
2129747

7-Data Validade da Guia
10/3/10 3/12/15

2129747
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
101020251161768000499011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INTELBRAS SA INDUSTRIA DE

11-Telefone
(14 8) 8483.3332

12-Data Validade da Carteira
11/11/11

13-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DAIANI RIBEIRO DE OLIVEIRA

28/03/1987

14-Telefone
(14 8) 8483.3332

15-Nome do Titular do Plano
DAIANI RIBEIRO DE OLIVEIRA

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

17-Nome do Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

18-Número no CRO
23161

19-UF
SC

20-Código CBO 8

21-Código CBO 9

22-Código CBO S

23-Código CBO 8

24-UF
SC

25-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10183735112942

22-Nome do Contratado Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

23-Número no CRO
23161

24-UF
SC

25-Código CBO 8

26-Código CBO 9

27-UF
SC

28-Código CBO S

29-UF
SC

30-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Exclusão 42-Atendimento

1-00081000030 CONSULTA ODONTOLÓGICA 1 34100 0000 03/12/14

2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

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\$

10/3/11 12/12/14 1 1 34100 0 10100 0

10/3/11 12/12/14 1 1 34100 0

10/3/11 12/12/14 1 1 34100 0

10/3/11 12/12/14 1 1 34100 0

10/3/11 12/12/14 1 1 34100 0

10/3/11 12/12/14 1 1 34100 0

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/3/11 12/12/14 Patrici Longo Camargo CRO/SC-23161

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/3/11 12/12/14 Patrici Longo Camargo CRO/SC-23161

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/11 12/12/14 Daiani Ribeiro de Oliveira CRO/SC-23161

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2094514
INTERCÂMBIO

15/05/1980

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

VANESSA TOMAZ DE OLIVEIRA

Dados do Contrato Responsável pelo Tráfego

17-Norma do Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

21-Código na Operação / CNPJ - CPF	08373512942
22-Nome do Contribuinte Exatante	PATRICIA LONGO DE CAMARGO

26-Norma do Profissional Executante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

1	0	0	8	4	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

$|2\rangle = |010118110101010\rangle$

[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]

8-1

1

[illegible]121 1 11 1 1 1 1 1

10

14							
----	--	--	--	--	--	--	--

151

5/12/24

State of New York

contrato. Declaro, ainda que o(s) pro

50 Data based Assessment of Curriculum-Content

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/05/11/12/4

4-Data de Autorização
11/11/11/2/4

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13177262

7-Data Validade da Série
10/3/10/2/2/5

2094495
INTERCAMBIO

8-Data do Benefício

9-Número da Carteira
10/02/02/5116176800261402

9-Função
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INTELBRA SA INDUSTRIA DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FLAVIA SILVA CONCEICAO FERREIRA

01/05/1993

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOHN LENON DALABRIDA FERREIRA

16-Atendimento a RV

17-Atendimento Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

18-Número no CRO
23161

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08373512942

22-Atendimento Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

23-Número no CRO
23161

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Atendimento Profissional Solicitante
PATRICIA LONGO DE CAMARGO

27-Número no CRO
23161

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Atendimento Profissional Solicitante

30-Atendimento Profissional Solicitante	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	00	84000198				1	140,00					
2	00	81000065				1	34,00					
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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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
11/11/11/24

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11/24

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11/24

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11/24

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11/24

Dr. Patricia Longo
Res. Cirurgião e Radiologista
Bucomax Interfaciel
CRO/SC 23161

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240°



2132052
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 4-Data de Autorização 11/02/11 5-Será PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 2132052 7-Data Validade da Surta 10/04/11 8-Data Validade da Surta 10/04/11 9-Data Validade da Surta 10/04/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202511118571000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa JENIFER URBANO 05657742982 11-Data Validade da Carteira 11/02/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JENIFER URBANO 05/03/1986 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano JENIFER URBANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LONGO DE CAMARGO 18-Número no CRO 23161 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108373512942 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LONGO DE CAMARGO 23-Número no CRO 23161 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LONGO DE CAMARGO 27-Número no CRO 23161 28-UF SC 29-Código CBO S

Reza 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-Medico de Garia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
3-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
4-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
5-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
6-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
7-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
8-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
9-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
10-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
11-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
12-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
13-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
14-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
15-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

43-Data Emissão Termo de Tratamento 03/11/2011 44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 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(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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2011 Jta. Patricia Longo de Camargo CRO/SC 23161 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2011 Jta. Patricia Longo de Camargo CRO/SC 23161 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2011 Jta. Patricia Longo de Camargo CRO/SC 23161 53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/11/2011 Jta. Patricia Longo de Camargo CRO/SC 23161

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2092211
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/11/11 11/24

4-Data de Autorização
04/11/11 11/24

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13169580

7-Data Validade da Guia
02/10/2012 11/25

8-Data de Benefício

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INTELABRAS SA INDUSTRIA DE

11-Telefone

12-Data Validade da Guia

13-Número da Guia Nacional de Saúde
700005622281908

14-Número da Carteira
0002025111617680002614011

15-Nome

JOHN LENON DALABRIDA FERREIRA

06/07/1993

16-Telefone

17-Nome do titular do plano

JOHN LENON DALABRIDA FERREIRA

18-Contratado Responsável pelo Tratamento

06/07/1993

16-Telefone

17-Nome do titular do plano

JOHN LENON DALABRIDA FERREIRA

19-Abandono a RN

PATRICIA LONGO DE CAMARGO

025 -

Faturar Empresa

20-Código CBO S

21-Código CNES

22-Código CBO S

23-Código CNES

24-Código CBO S

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Abandono a RN

PATRICIA LONGO DE CAMARGO

025 -

Faturar Empresa

20-Código CBO S

21-Código CNES

22-Código CBO S

23-Código CNES

24-Código CBO S

25-Código CNES

26-Código CBO S

28-Código na Operadora / CNPJ / CPF

008373512942

29-Código na Operadora

23161

30-Código na Operadora

23161

31-Código na Operadora

23161

32-Código na Operadora

23161

33-Código na Operadora

34-Código na Operadora

008373512942

35-Código na Operadora

23161

36-Código na Operadora

23161

37-Código na Operadora

23161

38-Código na Operadora

23161

39-Código na Operadora

40-Código na Operadora

008373512942

41-Código na Operadora

23161

42-Código na Operadora

23161

43-Código na Operadora

23161

44-Código na Operadora

23161

45-Código na Operadora

46-Código na Operadora

008373512942

47-Código na Operadora

23161

48-Código na Operadora

23161

49-Código na Operadora

23161

50-Código na Operadora

23161

51-Código na Operadora

52-Código na Operadora

008373512942

53-Código na Operadora

23161

54-Código na Operadora

23161

55-Código na Operadora

23161

56-Código na Operadora

23161

57-Código na Operadora

58-Código na Operadora

008373512942

59-Código na Operadora

23161

60-Código na Operadora

23161

61-Código na Operadora

23161

62-Código na Operadora

23161

63-Código na Operadora

64-Código na Operadora

008373512942

65-Código na Operadora

23161

66-Código na Operadora

23161

67-Código na Operadora

23161

68-Código na Operadora

23161

69-Código na Operadora

70-Código na Operadora

008373512942

71-Código na Operadora

23161

72-Código na Operadora

23161

73-Código na Operadora

23161

74-Código na Operadora

23161

75-Código na Operadora

76-Código na Operadora

008373512942

77-Código na Operadora

23161

78-Código na Operadora

23161

79-Código na Operadora

23161

80-Código na Operadora

23161

81-Código na Operadora

82-Código na Operadora

008373512942

83-Código na Operadora

23161

84-Código na Operadora

23161

85-Código na Operadora

23161

86-Código na Operadora

23161

87-Código na Operadora

88-Código na Operadora

008373512942

89-Código na Operadora

23161

90-Código na Operadora

23161

91-Código na Operadora

23161

92-Código na Operadora

23161

93-Código na Operadora

94-Código na Operadora

008373512942

95-Código na Operadora

23161

96-Código na Operadora

23161

97-Código na Operadora

23161

98-Código na Operadora

23161

99-Código na Operadora

100-Código na Operadora

008373512942

101-Código na Operadora

23161

102-Código na Operadora

23161

103-Código na Operadora

23161

104-Código na Operadora

23161

105-Código na Operadora

106-Código na Operadora

008373512942

107-Código na Operadora

23161

108-Código na Operadora

23161

109-Código na Operadora

23161

110-Código na Operadora

23161

111-Código na Operadora

112-Código na Operadora

008373512942

113-Código na Operadora

23161

114-Código na Operadora

23161

115-Código na Operadora

23161

116-Código na Operadora

23161

117-Código na Operadora

118-Código na Operadora

008373512942

119-Código na Operadora

23161

120-Código na Operadora

23161

121-Código na Operadora

23161

122-Código na Operadora

23161

123-Código na Operadora

124-Código na Operadora

008373512942

125-Código na Operadora

23161

126-Código na Operadora

23161

127-Código na Operadora

23161

128-Código na Operadora

23161

129-Código na Operadora

130-Código na Operadora

008373512942

131-Código na Operadora

23161

132-Código na Operadora

23161

133-Código na Operadora

23161

134-Código na Operadora

23161

135-Código na Operadora

136-Código na Operadora

008373512942

137-Código na Operadora

23161

138-Código na Operadora

23161

139-Código na Operadora

23161

140-Código na Operadora

23161

141-Código na Operadora

142-Código na Operadora

008373512942

143-Código na Operadora

23161

144-Código na Operadora

23161

145-Código na Operadora

23161

146-Código na Operadora

23161

147-Código na Operadora

148-Código na Operadora

008373512942

149-Código na Operadora

23161

150-Código na Operadora

23161

1