

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: AL ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 30643377000120 (AL ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 25374/RS

Cirurgião Dentista: (16986) - AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
452628 - I	ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000101)		13/01/2021	258	0.3	R\$ 77,40
474011 - I	JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA (00202509302800040101)		10/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
482001 - I	LUIS ROBERTO DOS SANTOS DUARTE (00202534845900000101)		22/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
482418 - I	VANESSA DA SILVA OLMES (00202535239200000101)		22/02/2021	34	0.3	R\$ 10,20
482425 - I	JOCELIO CORREA DA SILVA (00202535239200000102)		22/02/2021	34	0.3	R\$ 10,20
483076 - I	JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA (00202509302800040101)		23/02/2021	210	0.3	R\$ 63,00
484137 - I	THAUANA DOS SANTOS RAMOS (00202535501500000101)		24/02/2021	34	0.3	R\$ 10,20
484143 - I	MARIA HELENA RAMOS MANCINE (00202535501500000102)		24/02/2021	34	0.3	R\$ 10,20
484209 - I	MARIA HELENA RAMOS MANCINE (00202535501500000102)		24/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
493175 - I	VANESSA DA SILVA OLMES (00202535239200000101)		08/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
493185 - I	JOCELIO CORREA DA SILVA (00202535239200000102)		08/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
493361 - I	JOCELIO CORREA DA SILVA (00202535239200000102)		08/03/2021	122	0.3	R\$ 36,60
493401 - I	FERNANDA DE SOUZA BENIN (00202535190400000101)		08/03/2021	34	0.3	R\$ 10,20
494042 - I	MATEUS SILVA MACHADO (00202535445400000102)		08/03/2021	34	0.3	R\$ 10,20
494052 - I	ARLETE SILVA DA SILVA (00202535445400000101)		08/03/2021	34	0.3	R\$ 10,20
494100 - I	MATEUS SILVA MACHADO (00202535445400000102)		08/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
496681 - I	THAUANA DOS SANTOS RAMOS (00202535501500000101)		11/03/2021	183	0.3	R\$ 54,90
496768 - I	MARIA HELENA RAMOS MANCINE (00202535501500000102)		11/03/2021	183	0.3	R\$ 54,90
505100 - I	VANESSA DA SILVA OLMES (00202535239200000101)		22/03/2021	122	0.3	R\$ 36,60
505215 - I	JOCELIO CORREA DA SILVA (00202535239200000102)		22/03/2021	149	0.3	R\$ 44,70
505626 - I	LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA (00202509302800050501)		22/03/2021	34	0.3	R\$ 10,20
505630 - I	LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA (00202509302800050501)		22/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
505818 - I	JENIFFER SILVA DA SILVA (00202536268400000101)		22/03/2021	34	0.3	R\$ 10,20
505845 - I	JENIFFER SILVA DA SILVA (00202536268400000101)		22/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
506444 - I	THAUANA DOS SANTOS RAMOS (00202535501500000101)		23/03/2021	61	0.3	R\$ 18,30
506984 - I	ARLETE SILVA DA SILVA (00202535445400000101)		23/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
507454 - I	FERNANDA DE SOUZA BENIN (00202535190400000101)		24/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00

Totalizador

Nº de USOs: 2927
Nº de atendimentos: 27
Valor: R\$ 878,10

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 19:34

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Totalizador da Operadora

Nº de USOs:	2927
Nº de atendimentos:	27
Valor:	R\$ 878,10

Totalizador da Clínica

Nº de USOs:	2927
Nº de atendimentos:	27
Valor:	R\$ 878,10

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 19:34

Página 2 de 2



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

452628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/03/11	3-Data de Autorização 10/04/11	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8190686	6-Data Validade da Senha 11/04/11
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 010202531169120000001011	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK		13-Data de Nascimento 11/11/2000	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alienação a Rót N	17-Nome do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-12
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111717317318311	23-Nome do Contratado Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	24-Número no CRO 25374	25-UF RS	26-Código CNES	27-Código CBO S
28-Nome do Profissional Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI					
29-Número no CRO 25374					
30-UF RS					
31-Código CBO S					
32-Data de Realização					
33-Motivo da Omissão					
34-Assinatura					
35-Data de Realização					
36-Motivo da Omissão					
37-Assinatura					
38-Data de Realização					
39-Motivo da Omissão					
40-Assinatura					
41-Data de Realização					
42-Motivo da Omissão					
43-Assinatura					
44-Data de Realização					
45-Motivo da Omissão					
46-Assinatura					
47-Data de Realização					
48-Motivo da Omissão					
49-Assinatura					
50-Data de Realização					
51-Motivo da Omissão					
52-Assinatura					
53-Data de Realização					
54-Motivo da Omissão					
55-Assinatura					
56-Data de Realização					
57-Motivo da Omissão					
58-Assinatura					
59-Data de Realização					
60-Motivo da Omissão					
61-Assinatura					
62-Data de Realização					
63-Motivo da Omissão					
64-Assinatura					
65-Data de Realização					
66-Motivo da Omissão					
67-Assinatura					
68-Data de Realização					
69-Motivo da Omissão					
70-Assinatura					
71-Data de Realização					
72-Motivo da Omissão					
73-Assinatura					
74-Data de Realização					
75-Motivo da Omissão					
76-Assinatura					
77-Data de Realização					
78-Motivo da Omissão					
79-Assinatura					
80-Data de Realização					
81-Motivo da Omissão					
82-Assinatura					
83-Data de Realização					
84-Motivo da Omissão					
85-Assinatura					
86-Data de Realização					
87-Motivo da Omissão					
88-Assinatura					
89-Data de Realização					
90-Motivo da Omissão					
91-Assinatura					
92-Data de Realização					
93-Motivo da Omissão					
94-Assinatura					
95-Data de Realização					
96-Motivo da Omissão					
97-Assinatura					
98-Data de Realização					
99-Motivo da Omissão					
100-Assinatura					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

474011
INTERCÂMBIO

1-Registro AID 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8287034	7-Data Validade da Guia 11/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202509302800040101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SENFF CONTACT LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA		14-Data de Nascimento 12/11/1990	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Identificação e RN N	18-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		19-Número no CRO 25374	20-UF RS	21-Código CRO B 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111773737383111	23-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		24-Número no CRO 25374	25-UF RS	26-Código CNES
27-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		28-Número no CRO 25374	29-UF RS	30-Código CRO B	
Base de Tratamento / Procedimentos Substitutos					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Região	35-Fase	36-Quantidade US
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
37-Data Fim do Tratamento 11/01/2012		38-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência		39-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	40-Valor Total US 114,00
41-Valor Total R\$ 0,00		42-Valor Total R\$ 0,00		43-Valor Total R\$ 0,00	
44-Valor Total R\$ - Coparticipação 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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
Assinatura do Beneficiário					
45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		46-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante		47-Data, local e Assinatura do Profissional Executante	
11/01/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		11/01/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		11/01/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti	
48-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante					

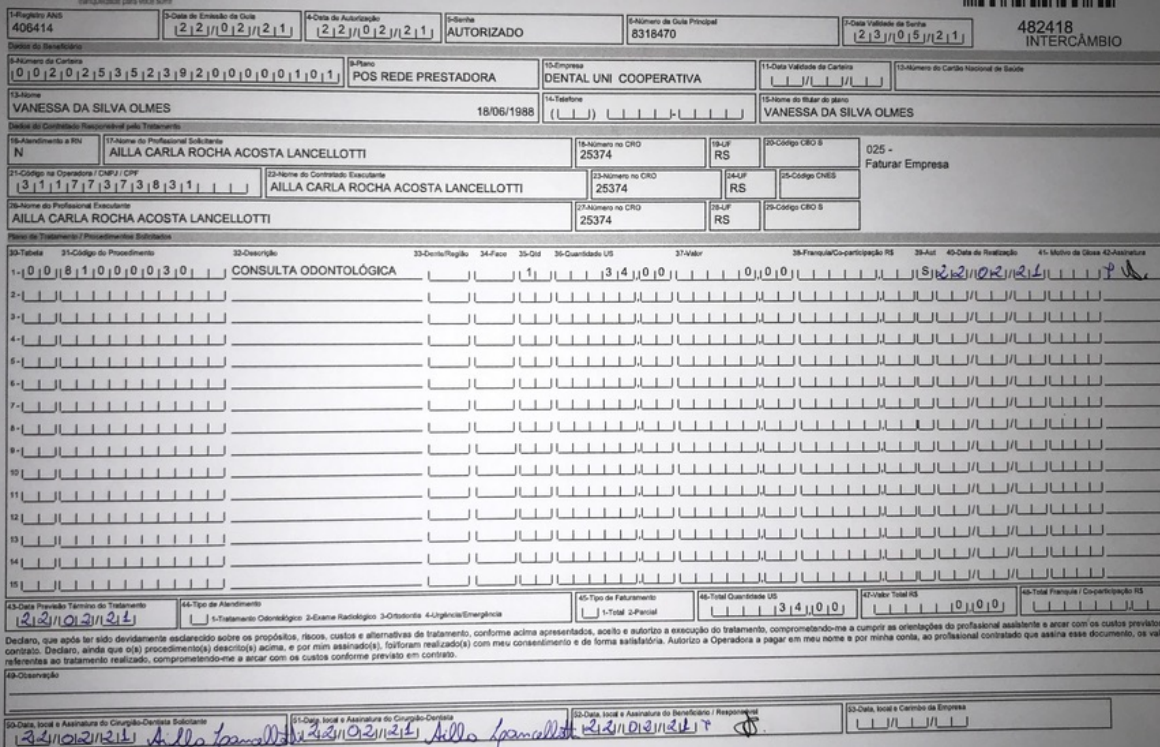


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240

482001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia (2/2/02/21/21)	3-Data de Autorização (2/3/02/21/21)	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8316860	6-Data Validade da Série (2/3/02/21/21)
Dados do Beneficiário		7-Plano POS REDE PRESTADORA		8-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	9-Data Validade da Carteira ()/()/()
10-Número da Carteira (0/0/2/0/2/5/3/4/8/4/5/9/0/0/0/0/1/0/1)		11-Serviço		12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome LUIS ROBERTO DOS SANTOS DUARTE		14-Data de Nascimento 17/02/1977		15-Nome do titular do plano LUIS ROBERTO DOS SANTOS DUARTE	
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		18-Número na CRO 25374	19-UF RS
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3/1/1/7/7/3/7/3/8/3/1)		21-Nome do Contratado / Beneficiário AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		22-Número na CRO 25374	23-UF RS
24-Nome do Profissional Executor AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		25-Número na CRO 25374		26-UF RS	27-Código CRO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1
2-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1
3-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1
4-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
5-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
6-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
7-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
8-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
9-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
10-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
11-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
12-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
13-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
14-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
15-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
16-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
17-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
18-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
19-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
20-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
21-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
22-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
23-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
24-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
25-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
26-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
27-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
28-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
29-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
30-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
31-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
32-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
33-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
34-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
35-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
36-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
37-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
38-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
39-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
40-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
41-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
42-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
43-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
44-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
45-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
46-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
47-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
48-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
49-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
50-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
51-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
52-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
53-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
54-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
55-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
56-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
57-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
58-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
59-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
60-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
61-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
62-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
63-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
64-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
65-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
66-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
67-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
68-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
69-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
70-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
71-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
72-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
73-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
74-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
75-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
76-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
77-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
78-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
79-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
80-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
81-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
82-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
83-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
84-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
85-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
86-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
87-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
88-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
89-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
90-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
91-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
92-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
93-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
94-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
95-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
96-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
97-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
98-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
99-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
100-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
43-Data Prevista Término do Tratamento (2/3/02/21/21)					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantitativo US () 1-Total 2-Parcial					
47-Valor Total R\$ () 1-Total 2-Parcial					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$ () 1-Total 2-Parcial					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, (feitos, 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 realizados 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 (2/3/02/21/21) Ailla Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (2/3/02/21/21) Ailla Lancelotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2/3/02/21/21) R2 D					
53-Data, local e Carimbo da Empresa () () () () () ()					



[illegible]

[illegible]

[illegible]

484209
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão de Guia (2/4/11/02/11/21/1)		4-Cota de Autorização (2/4/11/02/11/21/1)		6-Senha AUTORIZADO		5-Número de Guia Principal 8326692		7-Dia Validade da Guia (2/5/11/05/11/21/1)		484209 INTERCÂMBIO			
1-Data de Realização 10/02/2011															
4-Número da Solução 100202053535501500000010102				5-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Número da Carteira Nacional de Saúde	
12-Nome MARIA HELENA RAMOS MANCINE															
14-Tabela 14/05/2008															
15-Data de Realização 14/05/2008															
16-Data de Realização 14/05/2008															
17-Data de Realização 14/05/2008															
18-Data de Realização 14/05/2008															
19-Data de Realização 14/05/2008															
20-Data de Realização 14/05/2008															
21-Data de Realização 14/05/2008															
22-Data de Realização 14/05/2008															
23-Data de Realização 14/05/2008															
24-Data de Realização 14/05/2008															
25-Data de Realização 14/05/2008															
26-Data de Realização 14/05/2008															
27-Data de Realização 14/05/2008															
28-Data de Realização 14/05/2008															
29-Data de Realização 14/05/2008															
30-Data de Realização 14/05/2008															
31-Data de Realização 14/05/2008															
32-Data de Realização 14/05/2008															
33-Data de Realização 14/05/2008															
34-Data de Realização 14/05/2008															
35-Data de Realização 14/05/2008															
36-Data de Realização 14/05/2008															
37-Data de Realização 14/05/2008															
38-Data de Realização 14/05/2008															
39-Data de Realização 14/05/2008															
40-Data de Realização 14/05/2008															
41-Data de Realização 14/05/2008															
42-Data de Realização 14/05/2008															
43-Data de Realização 14/05/2008															
44-Data de Realização 14/05/2008															
45-Data de Realização 14/05/2008															
46-Data de Realização 14/05/2008															
47-Data de Realização 14/05/2008															
48-Data de Realização 14/05/2008															
49-Data de Realização 14/05/2008															
50-Data de Realização 14/05/2008															
51-Data de Realização 14/05/2008															
52-Data de Realização 14/05/2008															
53-Data de Realização 14/05/2008															
54-Data de Realização 14/05/2008															
55-Data de Realização 14/05/2008															
56-Data de Realização 14/05/2008															
57-Data de Realização 14/05/2008															
58-Data de Realização 14/05/2008															
59-Data de Realização 14/05/2008															
60-Data de Realização 14/05/2008															
61-Data de Realização 14/05/2008															
62-Data de Realização 14/05/2008															
63-Data de Realização 14/05/2008															
64-Data de Realização 14/05/2008															
65-Data de Realização 14/05/2008															
66-Data de Realização 14/05/2008															
67-Data de Realização 14/05/2008															
68-Data de Realização 14/05/2008															
69-Data de Realização 14/05/2008															
70-Data de Realização 14/05/2008															
71-Data de Realização 14/05/2008															
72-Data de Realização 14/05/2008															
73-Data de Realização 14/05/2008															
74-Data de Realização 14/05/2008															
75-Data de Realização 14/05/2008															
76-Data de Realização 14/05/2008															
77-Data de Realização 14/05/2008															
78-Data de Realização 14/05/2008															
79-Data de Realização 14/05/2008															
80-Data de Realização 14/05/2008															
81-Data de Realização 14/05/2008															
82-Data de Realização 14/05/2008															
83-Data de Realização 14/05/2008															
84-Data de Realização 14/05/2008															
85-Data de Realização 14/05/2008															
86-Data de Realização 14/05/2008															
87-Data de Realização 14/05/2008															
88-Data de Realização 14/05/2008															
89-Data de Realização 14/05/2008															
90-Data de Realização 14/05/2008															
91-Data de Realização 14/05/2008															
92-Data de Realização 14/05/2008															
93-Data de Realização 14/05/2008															
94-Data de Realização 14/05/2008															
95-Data de Realização 14/05/2008															
96-Data de Realização 14/0															

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



493185
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/08/2013	3-Data de Autorização 10/08/2013	4-Sentença AUTORIZADO	5-Adesão da Guia Principal 8363612	6-Data Validade da Sentença 10/08/2016
7-Data Validade da Carteira 11/11/11			8-Número da Carteira Nacional de Saúde		
9-Identificação do Paciente 10020202532392000000102			10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JOCELIO CORREA DA SILVA			14-Data de Nascimento 13/01/1983	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do Titular do Plano VANESSA DA SILVA OLMES
17-Endereço do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI			18-Número do CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S 025 -
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 3111773738311111			22-Endereço do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número do CRO 25374	24-UF RS
25-Endereço do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI			26-Número do CRO 25374	27-UF RS	28-Código CRO S
29-Data de Realização 10/08/2013					
30-Valor 1400,00					
31-Valor Total 1400,00					
32-Valor Total 1400,00					
33-Valor Total 1400,00					
34-Valor Total 1400,00					
35-Valor Total 1400,00					
36-Valor Total 1400,00					
37-Valor Total 1400,00					
38-Valor Total 1400,00					
39-Valor Total 1400,00					
40-Valor Total 1400,00					
41-Valor Total 1400,00					
42-Valor Total 1400,00					
43-Valor Total 1400,00					
44-Valor Total 1400,00					
45-Valor Total 1400,00					
46-Valor Total 1400,00					
47-Valor Total 1400,00					
48-Valor Total 1400,00					
49-Valor Total 1400,00					
50-Valor Total 1400,00					
51-Valor Total 1400,00					
52-Valor Total 1400,00					
53-Valor Total 1400,00					
54-Valor Total 1400,00					
55-Valor Total 1400,00					
56-Valor Total 1400,00					
57-Valor Total 1400,00					
58-Valor Total 1400,00					
59-Valor Total 1400,00					
60-Valor Total 1400,00					
61-Valor Total 1400,00					
62-Valor Total 1400,00					
63-Valor Total 1400,00					
64-Valor Total 1400,00					
65-Valor Total 1400,00					
66-Valor Total 1400,00					
67-Valor Total 1400,00					
68-Valor Total 1400,00					
69-Valor Total 1400,00					
70-Valor Total 1400,00					
71-Valor Total 1400,00					
72-Valor Total 1400,00					
73-Valor Total 1400,00					
74-Valor Total 1400,00					
75-Valor Total 1400,00					
76-Valor Total 1400,00					
77-Valor Total 1400,00					
78-Valor Total 1400,00					
79-Valor Total 1400,00					
80-Valor Total 1400,00					
81-Valor Total 1400,00					
82-Valor Total 1400,00					
83-Valor Total 1400,00					
84-Valor Total 1400,00					
85-Valor Total 1400,00					
86-Valor Total 1400,00					
87-Valor Total 1400,00					
88-Valor Total 1400,00					
89-Valor Total 1400,00					
90-Valor Total 1400,00					
91-Valor Total 1400,00					
92-Valor Total 1400,00					
93-Valor Total 1400,00					
94-Valor Total 1400,00					
95-Valor Total 1400,00					
96-Valor Total 1400,00					
97-Valor Total 1400,00					
98-Valor Total 1400,00					
99-Valor Total 1400,00					
100-Valor Total 1400,00					

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(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.

Assinatura do Paciente: *Joelio Correa da Silva* Data: 10/08/2013

Assinatura do Profissional Substituto: *Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti* Data: 10/08/2013

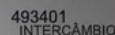
Assinatura do Profissional Contratado: *Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti* Data: 10/08/2013

Assinatura do Profissional Assistente: *Joelio Correa da Silva* Data: 10/08/2013



493361
INTERCÂMBIO

[illegible]



Fernando Benito



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247

494042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/08/10 03/11/21	3-Data de Autorização 01/08/10 03/11/21	4-Semha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8367013	6-Data Validade da Semha 01/06/10 06/11/21
8-Atividade 0102022535445400000102		9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATEUS SILVA MACHADO		14-Data 20/01/1988		15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano ARLETE SILVA DA SILVA
17-Identificação a BN N		18-Nome do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		19-UF RS	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311177373831		22-Nome do Contratado Estudante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número na CRO 25374	24-UF RS
25-Nome do Profissional Estudante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		26-Número na CRO 25374		27-UF RS	28-Código CRO S
Plano de Tratamento / Procedimento Substituto					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd
1-0101810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1
2-0101810100030					1
3-0101810100030					1
4-0101810100030					1
5-0101810100030					1
6-0101810100030					1
7-0101810100030					1
8-0101810100030					1
9-0101810100030					1
10-0101810100030					1
11-0101810100030					1
12-0101810100030					1
13-0101810100030					1
14-0101810100030					1
15-0101810100030					1
36-Data Prevista Término do Tratamento 01/08/10 03/11/21		37-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		38-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	39-Total Quantidade US 34100
40-Valor Total R\$ 0100		41-Valor Total R\$ 0100		42-Total Franquia / Coparticipação 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), 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.					
43-Observação					
44-Data, local e Assinatura do Grupo-Contrato Estudante 01/08/10 03/11/21 Ailla Lancelotti		45-Data, local e Assinatura do Grupo-Contrato 01/08/10 03/11/21 Ailla Lancelotti		46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/10 03/11/21 Mateus Silva Machado	
47-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-00

494052
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2011	4-Data de Autorização 01/03/2011	5-Forma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8367026	7-Data Validade da Guia 01/03/2011
8-Nome do Beneficiário ARLETE SILVA DA SILVA		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/03/2011
12-Data de Nascimento 12/09/1991		13-Telefone (11) 1111-1111		14-Nome do Titular do Plano ARLETE SILVA DA SILVA	
15-Endereço do Contratado N		16-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		17-Número na CRO 25374	18-UF RS
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111773737373737		20-Nome do Contratado Enunciante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		21-Número na CRO 25374	22-UF RS
23-Nome do Profissional Enunciante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		24-Número na CRO 25374		25-UF RS	26-Código CRO B 025 - Faturar Empresa

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Ocorrência
1	010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/03/2011	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Fim do Tratamento 01/03/2011	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 34,00	46-Valor Total RS 0,00	47-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	---------------------------------	---------------------------	--

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 anexo 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 anexo com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação:

49-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 01/03/2011 Ailla Lancelotti	50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Enunciante 01/03/2011 Ailla Lancelotti	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/2011 Arlete Silva da Silva	52-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

494100
INTERCÂMBIO[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UF

496681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013	4-Data de Autorização 11/10/2013	5-Dente AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8377758	7-Data Validade da Ficha 09/10/2016																		
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 0020253550150000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome THAUANA DOS SANTOS RAMOS		14-Data de Nascimento 19/10/1999	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano THAUANA DOS SANTOS RAMOS																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
18-Nome do Contratado N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	19-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO B	025 - Faturar Empresa																		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CRO B	Enviar - RX (I) 85100218																		
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO B																				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foto	35-Dist	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Multer de Classe 42-Assinatura												
1-000085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDP	1	1	2200	0000	0000	0000	0000	0000												
2-000085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6	100	0000	0000	0000	0000	0000												
3-0000000000																							
4-0000000000																							
5-0000000000																							
6-0000000000																							
7-0000000000																							
8-0000000000																							
9-0000000000																							
10-0000000000																							
11-0000000000																							
12-0000000000																							
13-0000000000																							
14-0000000000																							
15-0000000000																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2013	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 18300	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000																		
Declaramos, 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. Declaramos, 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/Clínica Solicitante 11/10/2013 Ailla Lancelotti						51-Data, local e Assinatura do Grupo/Clínica 11/10/2013 Ailla Lancelotti						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2013						53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2013					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

496768
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/11/03	3-Data de Autorização 23/11/03	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8378036	6-Data Validade da Bateria 09/10/06	
8-Número do Cartão 01020202535501150100010102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Almôdo do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA HELENA RAMOS MANCINI		14-Data 14/05/2006		15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano THAUANA DOS SANTOS RAMOS	
17-Atividade Profissional do Prestador						
18-Atividade a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		20-Número no CRO 25374	21-UF RS	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311177373831		24-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		25-Número no CRO 25374	26-UF RS	27-Código CBO S
28-Atividade do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		29-Número no CRO 25374		30-UF RS	31-Código CBO S	
32-Atividade do Tratamento / Procedimento Odontológico						
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Raiz	37-Face	38-Quantidade US	39-Valor
1-0101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	62	M	1	161100
2-0101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	52	M	1	161100
3-0101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	161100
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
40-Data Prevista Término do Tratamento 23/11/03						
41-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
42-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
43-Total Quantidade US 183100						
44-Valor Total R\$ 01010						
45-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), 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.						
46-Observações						
47-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/03, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti						
48-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 23/11/03, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti						
49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/03, Thauana dos Santos Ramos						
50-Data, local e Carimbo da Empresa						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

505100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2011	4-Data de Autorização 22/10/2011	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8407174	7-Data Validade da Sanha 20/10/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0002025352392000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome VANESSA DA SILVA OLMES		14-Teléfono 18/06/1988	15-Nome do titular do plano VANESSA DA SILVA OLMES									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Identificação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311177373831	22-Nome do Contratado Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CMES								
26-Nome do Profissional Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO S									
Módulo de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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 Glosa	42-Assinatura
1-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	161000	0000			22/10/2011		
2-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	161000	0000			22/10/2011		
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 Previsto Término do Tratamento 22/10/2011												
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 122000												
47-Valor Total R\$ 0000												
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(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 22/10/2011, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2011, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2011, Vanessa da Silva Olmes												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

505215
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2013	4-Data de Autorização 12/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8407648	7-Data Validade da Senha 12/06/2013					
Dados do Beneficiário										
8-Número da Carteira 010202025352392010101010102	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 JOCELO CORREA DA SILVA		14-Telefone 13/01/1983	15-Nome do titular do plano VANESSA DA SILVA OLMES							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										
16-Acordamento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111773738311	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES (0) 85100200	Enviar - RX					
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30-Tabela 1-010185110011916 2-010185110021010 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA RESTAURAÇÃO RESINA	32-Descrição 23 V 1 24 VD 1	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 Oclus 42-Assinatura							
43-Data Prevista Emissão da Tratamento 12/03/2013						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontofilia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1491010	47-Valor Total R\$ 101010	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), 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 12/03/2013 Ailla Lancelotti		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/2013 Ailla Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2013		53-Data, local e Carimbo da Empresa				



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

505626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411057	7-Data Validade da Senha 20/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202509302800050501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SENEFF CONTACT LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA		14-Telefone 08/04/1993	15-Nome da Ular do plano LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311717373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CEO S									
Nome do Tratamento / Procedimento Solicitado												
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1	010810101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34100	0,00			23/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/10/2012	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 34100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assestado(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.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 23/10/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012, Luiz Henrique de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa									



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

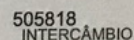
247

505630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/2011	4-Data de Autorização 23/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411062	7-Data Validade da Senha 20/06/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202509302800050501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SENFF CONTACT LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA		14-Data 08/04/1993	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Nascimento e RG N	18-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	19-Número no CRO 25374	20-UF RS	21-Código CBO S	22-025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	24-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	25-Número no CRO 25374	26-UF RS	27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		29-Número no CRO 25374	30-UF RS	31-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
32-Tabela 1008400198	33-Código do Procedimento PROFILAXIA: POLIMENTO	34-Descrição HASD	35-Dente/Região 1	36-Face 1	37-Quantidade US 35,00
2008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	0,00
3008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	0,00
4008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	0,00
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/03/2011					
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 140,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 23/03/2011 Ailla Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 23/03/2011 Ailla Lancelotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/03/2011 Luiz Henrique					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



232

60-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

53-Dato, local e Cambio de Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

505845
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia (2/2/03/12/1)	4-Data de Autorização (2/2/03/12/1)	5-Sentido AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411964	7-Data Validade da Sentença (2/0/06/12/1)
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira (0/0/2/0/2/5/3/6/2/6/8/4/0/0/0/0/1/0/1)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENIFFER SILVA DA SILVA		14-Teléfono 21/05/1990	15-Nome do titular do plano JENIFFER SILVA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO 8
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3/1/1/7/7/3/7/3/8/3/1)	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO 8	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabele 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Registo	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US
1-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3/5/0/0
2-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3/5/0/0
3-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3/5/0/0
4-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3/5/0/0
5- / / / / /					
6- / / / / /					
7- / / / / /					
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
43-Data Previsto Término do Tratamento (2/2/03/12/1)	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 Quantitativo US 1/4/0/0/0	47-Valor Total R\$ 0/0/0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os prazos, 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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante (2/2/03/12/1) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (2/2/03/12/1) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2/2/03/12/1) JENIFFER SILVA DA SILVA	
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2/2/03/12/1) JENIFFER SILVA DA SILVA		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2/2/03/12/1) JENIFFER SILVA DA SILVA			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-47

506444
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/3/11/03/11/21)	4-Data de Autorização (2/3/11/03/11/21)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8414279	7-Data Validade da Senha (2/1/11/06/11/21)
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira (0/0/2/0/2/5/3/5/0/1/5/0/0/0/0/1/0/1)		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAUANA DOS SANTOS RAMOS		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano THAUANA DOS SANTOS RAMOS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3/1/1/7/7/3/7/3/8/3/1)		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cota de Realização	41-Motivo de Omissão 42-Assinatura
1	(0/0/1/8/5/1/0/0/1/9/6)	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,100	0,00			(S/23/11/03/11/21)	PT
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento (2/3/11/03/11/21)	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6,100	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), 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 (2/3/11/03/11/21) Ailla Lancelotti	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista (2/3/11/03/11/21) Ailla Lancelotti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2/3/11/03/11/21) TS	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 21/03/2011 4-Data de Autorização 21/03/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8416406 7-Data Validade da Guia 21/03/2011

506984
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 002020253544540000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARLETE SILVA DA SILVA 14-Data 12/09/1991 15-Telefone 16-Nome do titular do plano ARLETE SILVA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
17-Atendimento a R/N N 18-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI 19-Número no CRO 25374 20-UF RS 21-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311177373831 23-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI 24-Número no CRO 25374 25-UF RS 26-Código CBO 8
27-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI 28-Número no CRO 25374 29-UF RS 30-Código CBO 8

31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	21/03/2011		Arlete
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	21/03/2011		Arlete
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	21/03/2011		Arlete
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	21/03/2011		Arlete
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
6-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
7-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
8-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
9-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
10-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
11-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
12-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
13-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
14-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
15-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										

43-Data Prevista Término do Tratamento 21/03/2011 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 140,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 21/03/2011 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/03/2011 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/03/2011 Arlete Silva da Silva 53-Data, local e Contrato da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

507454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 24/10/2013	3-Data de Autorização 25/10/2013	4-Semeta AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8418357	6-Data Validade da Semeta 22/10/2013
Dados do Beneficiário					
7-Atividade de Cessão 0102025351190401000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome FERNANDA DE SOUZA BENIN		13-Data de Nascimento 28/10/1975	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano FERNANDA DE SOUZA BENIN	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S	21-Data de Realização 25/10/2013
22-Código na Operadora / CNPJ / CNP 311177373831	23-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	24-Número no CRO 25374	25-UF RS	26-Código CNE S	27-Data de Realização 25/10/2013
28-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI					
29-Número no CRO 25374					
30-UF RS					
31-Código CBO S					
32-Código CNE S					
33-Data de Realização 25/10/2013					
34-Motivo da Omissão 42-Atividade					
35-Data de Realização 25/10/2013					
36-Motivo da Omissão 42-Atividade					
37-Data de Realização 25/10/2013					
38-Motivo da Omissão 42-Atividade					
39-Data de Realização 25/10/2013					
40-Motivo da Omissão 42-Atividade					
41-Data de Realização 25/10/2013					
42-Motivo da Omissão 42-Atividade					
43-Data de Realização 25/10/2013					
44-Motivo da Omissão 42-Atividade					
45-Data de Realização 25/10/2013					
46-Motivo da Omissão 42-Atividade					
47-Data de Realização 25/10/2013					
48-Motivo da Omissão 42-Atividade					
49-Data de Realização 25/10/2013					
50-Motivo da Omissão 42-Atividade					
51-Data de Realização 25/10/2013					
52-Motivo da Omissão 42-Atividade					
53-Data de Realização 25/10/2013					
54-Motivo da Omissão 42-Atividade					
55-Data de Realização 25/10/2013					
56-Motivo da Omissão 42-Atividade					
57-Data de Realização 25/10/2013					
58-Motivo da Omissão 42-Atividade					
59-Data de Realização 25/10/2013					
60-Motivo da Omissão 42-Atividade					
61-Data de Realização 25/10/2013					
62-Motivo da Omissão 42-Atividade					
63-Data de Realização 25/10/2013					
64-Motivo da Omissão 42-Atividade					
65-Data de Realização 25/10/2013					
66-Motivo da Omissão 42-Atividade					
67-Data de Realização 25/10/2013					
68-Motivo da Omissão 42-Atividade					
69-Data de Realização 25/10/2013					
70-Motivo da Omissão 42-Atividade					
71-Data de Realização 25/10/2013					
72-Motivo da Omissão 42-Atividade					
73-Data de Realização 25/10/2013					
74-Motivo da Omissão 42-Atividade					
75-Data de Realização 25/10/2013					
76-Motivo da Omissão 42-Atividade					
77-Data de Realização 25/10/2013					
78-Motivo da Omissão 42-Atividade					
79-Data de Realização 25/10/2013					
80-Motivo da Omissão 42-Atividade					
81-Data de Realização 25/10/2013					
82-Motivo da Omissão 42-Atividade					
83-Data de Realização 25/10/2013					
84-Motivo da Omissão 42-Atividade					
85-Data de Realização 25/10/2013					
86-Motivo da Omissão 42-Atividade					
87-Data de Realização 25/10/2013					
88-Motivo da Omissão 42-Atividade					
89-Data de Realização 25/10/2013					
90-Motivo da Omissão 42-Atividade					
91-Data de Realização 25/10/2013					
92-Motivo da Omissão 42-Atividade					
93-Data de Realização 25/10/2013					
94-Motivo da Omissão 42-Atividade					
95-Data de Realização 25/10/2013					
96-Motivo da Omissão 42-Atividade					
97-Data de Realização 25/10/2013					
98-Motivo da Omissão 42-Atividade					
99-Data de Realização 25/10/2013					
100-Motivo da Omissão 42-Atividade					

Fernanda Benin