

2.2



⑤ 22

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

0

[illegible]Declaro, que após ter sido devidamente

10606-9000-1-71
10606-9000-1-71
10606-9000-1-71

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



632523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/11 4-Data de Autorização 12/3/10 7/12/11 5-Senha AUTORIZADO 8853577 6-Número da Guia Principal 8853577 7-Data Validade da Guia 12/1/10 1/12/11

8-Número da Carteira 100120125401195600001011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/10 1/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA APARECIDA CANDIDO DA SILVA 26/09/1974 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano MARIA APARECIDA CANDIDO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125107042680011 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

30-T-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01018100001651		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4,00	1,00			12/10/10		
2-0101815300001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	6,00	1,00			12/10/10		
3-0101815300001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	6,00	1,00			12/10/10		
4-0101815300001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	6,00	1,00			12/10/10		
5-0101815300001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	6,00	1,00			12/10/10		
6-0101815300001471												
7-0101815300001471												
8-0101815300001471												
9-0101815300001471												
10-0101815300001471												
11-0101815300001471												
12-0101815300001471												
13-0101815300001471												
14-0101815300001471												
15-0101815300001471												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/1/10 1/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/1/10 1/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/1/10 1/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1/10 1/12/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/1/10 1/12/11

2-N

665581
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13-Nome

IVANEIDE DO NASCIMENTO

14-Telefone	() - - - - - - - - - -
15-Nome do titular do plano	IVANEIDE DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código do C 025 -
Faturar Empresa				

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	125070426800
22-Nome do Contratado Esclarente	ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
23-Número no CRU	55391
24-Uf	SP
25-Código Cetesb	

26-Nome do Profissional Excedente	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	55391	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31-Tabela	32-Descrição	33-Dentista Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válido
31-Código do Procedimento						

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

A blank sheet of music paper with five horizontal staves. Each staff consists of five lines. The first staff has a single sharp symbol (#) at the beginning, indicating a key signature of one sharp (F#). The rest of the page is empty.[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

[illegible][illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	0
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

19-A60-2021																																										
☐ 1-Tratamiento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência																																										
☐ 1-Total 2-Parcial																																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	-	+	%	°	'	"	°C	°F	mm	cm	m	kg	g	mg	µg	nm	µm	mm	cm	m	km	h	min	s	ms	µs	ns	ps	fs	as	zs	ys

O declarante, 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 necessários para a realização dos procedimentos, vultuosos realizados, com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, o valor devido.

[illegible]

49-Observação
 CAP. DE BUREAU

51 - Data, local e Assinatura do Cerrador, Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data, local e C. Carimbo da Empresa
15/11/2014, local e Assinatura do Cerrador, Dentista	15/11/2014, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	15/11/2014, local e C. Carimbo da Empresa

[illegible][illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º N°



637280
INTERCÂMBIO

Identificação para vouch soft

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 4-Data de AutORIZAÇÃO 10/14/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8867956 7-Data Validade da Senha 12/5/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210254011956100010110121 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA CANDIDO DA SILVA

13-Nome NICOLY MARJORE CANDIDO GRANJEIRO DA SIL 04/12/2007 14-Telefone () - - - - -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1215107042168001 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4100	0,00	0,00	1	12/11/08	120211	
2-101	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5100	0,00	0,00	1	12/11/08	120211	
3-101	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5100	0,00	0,00	1	12/11/08	120211	
4-101	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5100	0,00	0,00	1	12/11/08	120211	
5-101	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5100	0,00	0,00	1	12/11/08	120211	
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 12/11/08	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\$ 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/08 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08 53-Data, local e Caimbo da Empresa 12/11/08

2-N

667305
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-10101181511010119161 RESTAURAÇÃO RESINA

[illegible][illegible][illegible][illegible]

10

[illegible][illegible]

	0	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
0	0	1	4	9	16	25	36	49	64	81	100	121	144	169	196	225	256	289	324	361	400	441	484	529	576	625	676	729	784	841	900	961	1024	1089	1156	1225	1296	1369	1444	1521	1600	1681	1764	1849	1936	2025	2116	2209	2304	2401	2500	2601	2704	2809	2916	3025	3136	3249	3364	3481	3600	3721	3844	3969	4096	4225	4356	4489	4624	4761	4900	5041	5184	5329	5476	5625	5776	5929	6084	6241	6400	6561	6724	6889	7056	7225	7396	7569	7744	7921	8100	8281	8464	8649	8836	9025	9216	9409	9604	9801	10000

	1-Tratamiento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgencia/Emergência
1-Total	0	0	0	0
2-Parcial	0	0	0	0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conheço acima apresentados, aceito e autorizo a realização do tratamento, compreendendo-o em sua totalidade, e sempre de forma onerosa e exclusiva, sob a responsabilidade do profissional contratado que assina esse documento. 05

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

707	NOV	10	AM	1902
-----	-----	----	----	------

Artista Solitante

Artist's Signature

Step: do



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



587658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 6/12/11 4-Data de Autorização 12/2/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8709230 7-Data Validade da Senha 11/5/10 9/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253902198000101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IVANEIDE DO NASCIMENTO 16/12/1973 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano IVANEIDE DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ CPE 1250704268100 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	11/6/2021		atende
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
6-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
7-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
8-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
9-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
10-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
11-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
12-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
13-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
14-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende
15-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	11/6/2021		atende

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/6/2021 44-1-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 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação 30800-498720

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/6/2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/6/2021 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/6/2021 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/6/2021



646601
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/04/2021 4- Data de Autorização 10/04/2021 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8896805 7- Data Validação da Sentença 10/02/2021

Dados do Beneficiário 8- Número da Carteira 10002025396749000000101 9- Plano POS REDE PRESTADORA 13- Nome CARLOS CESAR ALMEIDA DA SILVA 14- Telefone () 15- Nome do titular do plano CARLOS CESAR ALMEIDA DA SILVA 12- Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16- Atribuição a RN N 17- Nome do Profissional Sanitário ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18- Número no CRO 55391 19- UF SP 20- Código CRO S 025- Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200 21- Código na Operadora / CNPJ / CPE 22- Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23- Número no CRO 55391 24- UF SP 25- Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 26- Número no CRO 55391 27- UF SP 28- UF SP 29- Código CRO S

30- Tabula	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Qtz	36- Quantidade US	37- Valor	38- F. Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	0	0	8	5	1	0	2	0	0			
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												

43- Data Prevista Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 88,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

50- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/AGO/2021 51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/AGO/2021 52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/AGO/2021 53- Data local e Carimbo da Empresa 11/AGO/2021

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, valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

2-N⁺627842
INTERCÂMBIO

2

1001

100

sinatura

10

--	--

--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

previstos em

0.08 valores

--	--	--

line



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



647217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2021	4-Data de Autorização 10/04/2021	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8898593	7-Data Validade da Semeta 10/12/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253902980000001021	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

DAYNE OLIVEIRA DA SILVA

23/07/1991

14-Teléfono
()

15-Data Validade da Carteira
IVANEIDE DO NASCIMENTO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

12507704268000

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

27-Número no CRO
55391

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Begão	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar de Grossa	42-Assinatura
1	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	11	S	04/AGO 2021		
2	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	11	S	04/AGO 2021		
3	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	11	S	04/AGO 2021		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsível Término do Tratamento 04/AGO 2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1183,00	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 arcando com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que atender ao meu tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Saxon - 287435.

Empenho 100%

50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

04/AGO 2021

Saxon

51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista

04/AGO 2021

Saxon

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/AGO 2021

IVANEIDE DO NASCIMENTO

53-Data local e Assinatura da Empresa

04/AGO 2021

Saxon