



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918781	7-Data Validade da Guia 29/11/2019	386262 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 010202507517100019301 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: COOP CRED INVEST LIVRE ADMI 11-Data Validade da Carteira: ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: ____																																																																																																																																																																																																																						
13-Nome: CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS 22/10/1970 14-Telefone: (____) ____-____ 15-Nome do titular do plano: CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS																																																																																																																																																																																																																						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteração a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 18-Número no CRO: 109914 19-UF: SP 20-Código CBO 3: 025 - Faturar Empresa 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF: 1407117436896 22-Nome do Contratado Executante: DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 23-Número no CRO: 109914 24-UF: SP 25-Código CNES: ____ 26-Nome do Profissional Executante: DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 27-Número no CRO: 109914 28-UF: SP 29-Código CBO 3: ____																																																																																																																																																																																																																						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Oclusão</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>01081000030</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td>34,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							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 Oclusão	42-Assinatura	1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00						2													3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
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 Oclusão	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																										
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00																																																																																																																																																																																																															
2																																																																																																																																																																																																																						
3																																																																																																																																																																																																																						
4																																																																																																																																																																																																																						
5																																																																																																																																																																																																																						
6																																																																																																																																																																																																																						
7																																																																																																																																																																																																																						
8																																																																																																																																																																																																																						
9																																																																																																																																																																																																																						
10																																																																																																																																																																																																																						
11																																																																																																																																																																																																																						
12																																																																																																																																																																																																																						
13																																																																																																																																																																																																																						
14																																																																																																																																																																																																																						
15																																																																																																																																																																																																																						
43-Data Prevista Término do Tratamento: ____/____/____ 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US: 34,00 47-Valor Total R\$: 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$: ____																																																																																																																																																																																																																						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																																																																																																																																																																																						
49-Observação																																																																																																																																																																																																																						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: ____/____/____ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: ____/____/____ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: ____/____/____ 53-Data, local e Carimbo da Empresa: ____/____/____																																																																																																																																																																																																																						



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2019	4-Data de Autorização 05/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7613815	7-Data Validade da Guia 02/10/2019	320566 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 010202507517100019301 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: COOP CRED INVEST LIVRE ADMI 11-Data Validade da Carteira: ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: ____																																																																																																																																																																																																																						
13-Nome: CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS 22/10/1970 14-Telefone: (____) ____-____ 15-Nome do titular do plano: CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS																																																																																																																																																																																																																						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteração a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 18-Número no CRO: 109914 19-UF: SP 20-Código CBO 3: 025 - Faturar Empresa 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF: 1407117436896 22-Nome do Contratado Executante: DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 23-Número no CRO: 109914 24-UF: SP 25-Código CNES: ____ 26-Nome do Profissional Executante: DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 27-Número no CRO: 109914 28-UF: SP 29-Código CBO 3: ____																																																																																																																																																																																																																						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Oclusão</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>01081000030</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td>34,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							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 Oclusão	42-Assinatura	1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00						2													3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
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 Oclusão	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																										
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00																																																																																																																																																																																																															
2																																																																																																																																																																																																																						
3																																																																																																																																																																																																																						
4																																																																																																																																																																																																																						
5																																																																																																																																																																																																																						
6																																																																																																																																																																																																																						
7																																																																																																																																																																																																																						
8																																																																																																																																																																																																																						
9																																																																																																																																																																																																																						
10																																																																																																																																																																																																																						
11																																																																																																																																																																																																																						
12																																																																																																																																																																																																																						
13																																																																																																																																																																																																																						
14																																																																																																																																																																																																																						
15																																																																																																																																																																																																																						
43-Data Prevista Término do Tratamento: 16/11/2019 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US: 34,00 47-Valor Total R\$: 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$: ____																																																																																																																																																																																																																						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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: 16/11/2019, Rio de Janeiro 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/11/2019, Daiane Luz 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/11/2019, Cristiane Rosemary dos Santos 53-Data, local e Carimbo da Empresa: ____/____/____																																																																																																																																																																																																																						



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019	4-Data de Autorização 24/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7643777	7-Data Validade da Senha 16/10/2019	326442 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020202507517100019301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
13-Nome CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS 22/10/1970 14-Telefone (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 18-Número no CRO 109914 19-UF SP 20-Código CEO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896 22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 23-Número no CRO 109914 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 27-Número no CRO 109914 28-UF SP 29-Código CRO S																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>33-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo de Causa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RESTAURAÇÃO RESINA</td> </tr> <tr> <td>2-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RESTAURAÇÃO RESINA</td> </tr> <tr> <td>3-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RESTAURAÇÃO RESINA</td> </tr> <tr> <td>4-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr> <td>5-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr> <td>6-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr> <td>7-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr><td>8-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							33-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 de Causa	42-Assinatura	1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0				RESTAURAÇÃO RESINA													2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				RESTAURAÇÃO RESINA													3-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				RESTAURAÇÃO RESINA													4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													8-1													9-1													10-1													11-1													12-1													13-1													14-1													15-1												
33-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 de Causa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RESTAURAÇÃO RESINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RESTAURAÇÃO RESINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
3-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RESTAURAÇÃO RESINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
8-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
9-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
10-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
11-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
12-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
13-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
14-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
15-1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
43-Data Previsto Término do Tratamento 07/11/2019 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 354,00 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/2019	4-Data de Autorização 02/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918793	7-Data Validade da Senha 29/10/2019	386265 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020202507517100019301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																																																																																							
13-Nome CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS 22/10/1970 14-Telefone (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano CRISTIANE ROSEMARY DOS SANTOS																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 18-Número no CRO 109914 19-UF SP 20-Código CEO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896 22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 23-Número no CRO 109914 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 27-Número no CRO 109914 28-UF SP 29-Código CRO S																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>33-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo de Causa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RESTAURAÇÃO RESINA</td> </tr> <tr> <td>2-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr> <td>3-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr> <td>4-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr> <td>5-0</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="13">RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> </tr> <tr><td>6-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15-1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							33-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 de Causa	42-Assinatura	1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0				RESTAURAÇÃO RESINA													2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													6-1													7-1													8-1													9-1													10-1													11-1													12-1													13-1													14-1													15-1												
33-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 de Causa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																											
1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																														
RESTAURAÇÃO RESINA																																																																																																																																																																																																																																																																																							
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																														
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																							
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																														
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																							
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																														
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																							
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7																																																																																																																																																																																																																																																																														
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																																																																																																																																																																																																																																							
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 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 232,00 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa																																																																																																																																																																																																																																																																																							



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

337201
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2017	4-Data de Autorização 11/31/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696024	7-Data Validade da Senha 10/8/2017							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00020253029770000103	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 MAURO DE SOUZA		14-Telefone (11) 915610039	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA MONTEIRO DA SILVA SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4071714316896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	Enviar - RX (1) 85100200							
26-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VD	1	88,00	0,00			14/07/2017		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/07/2017		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/07/2017		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/07/2017		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/07/2017		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 14/07/2017		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 232,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/07/2017, São Paulo												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/2017, Diadema Luz												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/2017, Jussara												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

339994
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 11/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708549	7-Data Validade da Senha 11/07/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202530829800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome JANAINA ALBINO DE JESUS AVELINO		14-Telefone 10/06/1986	15-Nome do titular do plano JANAINA ALBINO DE JESUS AVELINO								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4071743696	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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 Cessão 42-Usado
1-	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			21/07/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 21/07/2012		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 3400		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Taxa 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/07/2012 Pinda			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/2012 Daiane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/07/2012 Janaina Albino			53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

337307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/10 17/12/10	4-Data de Autorização 11/07/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696441	7-Data Validade da Senha 08/11/10 12/10							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025110550601788101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome VERA LUCIA SALGADO PEREIRA		14-Telefone 12/07/1965 () - - - - -	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA SALGADO PEREIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX () 85100218							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-	00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OLD	1	12200	0,00			11/07/10		Salgado
2-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00			11/07/10		Salgado
3-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00			11/07/10		Salgado
4-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00			11/07/10		Salgado
5-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00			11/07/10		Salgado
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/10		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 26600		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/10 Salgado			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/10 Salgado			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/10 Salgado			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

337811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7698486	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
8-Identificação do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Validade da Carteira		12-Número do Centro Nacional de Saúde		13-Nome do titular do plano ROSANA DAMIANI	
14-Telefone (11) 3641514835		15-Nome do Beneficiário VICTOR GIORDANO DAMIANI		16-Atendimento a RN N	
17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914		19-UF SP	
20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717174368916		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	
23-Número no CRO 109914		24-UF SP		25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	
29-Código CBO S		30-Fratura/Co-participação R\$		31-Aut	
32-Data de Realização		33-Motivo da Glosa		34-Assinatura	
35-Quantidade US		36-Valor		37-Fratura/Co-participação R\$	
38-Aut		39-Data de Realização		40-Motivo da Glosa	
41-Assinatura		42-Quantidade US		43-Valor	
44-Fratura/Co-participação R\$		45-Aut		46-Data de Realização	
47-Motivo da Glosa		48-Assinatura		49-Quantidade US	
50-Valor		51-Fratura/Co-participação R\$		52-Aut	
53-Data de Realização		54-Motivo da Glosa		55-Assinatura	
56-Quantidade US		57-Valor		58-Fratura/Co-participação R\$	
59-Aut		60-Data de Realização		61-Motivo da Glosa	
62-Assinatura		63-Quantidade US		64-Valor	
65-Fratura/Co-participação R\$		66-Aut		67-Data de Realização	
68-Motivo da Glosa		69-Assinatura		70-Quantidade US	
71-Valor		72-Fratura/Co-participação R\$		73-Aut	
74-Data de Realização		75-Motivo da Glosa		76-Assinatura	
77-Quantidade US		78-Valor		79-Fratura/Co-participação R\$	
80-Aut		81-Data de Realização		82-Motivo da Glosa	
83-Assinatura		84-Quantidade US		85-Valor	
86-Fratura/Co-participação R\$		87-Aut		88-Data de Realização	
89-Motivo da Glosa		90-Assinatura		91-Quantidade US	
92-Valor		93-Fratura/Co-participação R\$		94-Aut	
95-Data de Realização		96-Motivo da Glosa		97-Assinatura	
98-Quantidade US		99-Valor		100-Fratura/Co-participação R\$	
101-Aut		102-Data de Realização		103-Motivo da Glosa	
104-Assinatura		105-Quantidade US		106-Valor	
107-Fratura/Co-participação R\$		108-Aut		109-Data de Realização	
110-Motivo da Glosa		111-Assinatura		112-Quantidade US	
113-Valor		114-Fratura/Co-participação R\$		115-Aut	
116-Data de Realização		117-Motivo da Glosa		118-Assinatura	
119-Quantidade US		120-Valor		121-Fratura/Co-participação R\$	
122-Aut		123-Data de Realização		124-Motivo da Glosa	
125-Assinatura		126-Quantidade US		127-Valor	
128-Fratura/Co-participação R\$		129-Aut		130-Data de Realização	
131-Motivo da Glosa		132-Assinatura		133-Quantidade US	
134-Valor		135-Fratura/Co-participação R\$		136-Aut	
137-Data de Realização		138-Motivo da Glosa		139-Assinatura	
140-Quantidade US		141-Valor		142-Fratura/Co-participação R\$	
143-Aut		144-Data de Realização		145-Motivo da Glosa	
146-Assinatura		147-Quantidade US		148-Valor	
149-Fratura/Co-participação R\$		150-Aut		151-Data de Realização	
152-Motivo da Glosa		153-Assinatura		154-Quantidade US	
155-Valor		156-Fratura/Co-participação R\$		157-Aut	
158-Data de Realização		159-Motivo da Glosa		160-Assinatura	
161-Quantidade US		162-Valor		163-Fratura/Co-participação R\$	
164-Aut		165-Data de Realização		166-Motivo da Glosa	
167-Assinatura		168-Quantidade US		169-Valor	
170-Fratura/Co-participação R\$		171-Aut		172-Data de Realização	
173-Motivo da Glosa		174-Assinatura		175-Quantidade US	
176-Valor		177-Fratura/Co-participação R\$		178-Aut	
179-Data de Realização		180-Motivo da Glosa		181-Assinatura	
182-Quantidade US		183-Valor		184-Fratura/Co-participação R\$	
185-Aut		186-Data de Realização		187-Motivo da Glosa	
188-Assinatura		189-Quantidade US		190-Valor	
191-Fratura/Co-participação R\$		192-Aut		193-Data de Realização	
194-Motivo da Glosa		195-Assinatura		196-Quantidade US	
197-Valor		198-Fratura/Co-participação R\$		199-Aut	
200-Data de Realização		201-Motivo da Glosa		202-Assinatura	
203-Quantidade US		204-Valor		205-Fratura/Co-participação R\$	
206-Aut		207-Data de Realização		208-Motivo da Glosa	
209-Assinatura		210-Quantidade US		211-Valor	
212-Fratura/Co-participação R\$		213-Aut		214-Data de Realização	
215-Motivo da Glosa		216-Assinatura		217-Quantidade US	
218-Valor		219-Fratura/Co-participação R\$		220-Aut	
221-Data de Realização		222-Motivo da Glosa		223-Assinatura	
224-Quantidade US		225-Valor		226-Fratura/Co-participação R\$	
227-Aut		228-Data de Realização		229-Motivo da Glosa	
230-Assinatura		231-Quantidade US		232-Valor	
233-Fratura/Co-participação R\$		234-Aut		235-Data de Realização	
236-Motivo da Glosa		237-Assinatura		238-Quantidade US	
239-Valor		240-Fratura/Co-participação R\$		241-Aut	
242-Data de Realização		243-Motivo da Glosa		244-Assinatura	
245-Quantidade US		246-Valor		247-Fratura/Co-participação R\$	
248-Aut		249-Data de Realização		250-Motivo da Glosa	
251-Assinatura		252-Quantidade US		253-Valor	
254-Fratura/Co-participação R\$		255-Aut		256-Data de Realização	
257-Motivo da Glosa		258-Assinatura		259-Quantidade US	
260-Valor		261-Fratura/Co-participação R\$		262-Aut	
263-Data de Realização		264-Motivo da Glosa		265-Assinatura	
266-Quantidade US		267-Valor		268-Fratura/Co-participação R\$	
269-Aut		270-Data de Realização		271-Motivo da Glosa	
272-Assinatura		273-Quantidade US		274-Valor	
275-Fratura/Co-participação R\$		276-Aut		277-Data de Realização	
278-Motivo da Glosa		279-Assinatura		280-Quantidade US	
281-Valor		282-Fratura/Co-participação R\$		283-Aut	
284-Data de Realização		285-Motivo da Glosa		286-Assinatura	
287-Quantidade US		288-Valor		289-Fratura/Co-participação R\$	
290-Aut		291-Data de Realização		292-Motivo da Glosa	
293-Assinatura		294-Quantidade US		295-Valor	
296-Fratura/Co-participação R\$		297-Aut		298-Data de Realização	
299-Motivo da Glosa		300-Assinatura		301-Quantidade US	
302-Valor		303-Fratura/Co-participação R\$		304-Aut	
305-Data de Realização		306-Motivo da Glosa		307-Assinatura	
308-Quantidade US		309-Valor		310-Fratura/Co-participação R\$	
311-Aut		312-Data de Realização		313-Motivo da Glosa	
314-Assinatura		315-Quantidade US		316-Valor	
317-Fratura/Co-participação R\$		318-Aut		319-Data de Realização	
320-Motivo da Glosa		321-Assinatura		322-Quantidade US	
323-Valor		324-Fratura/Co-participação R\$		325-Aut	
326-Data de Realização		327-Motivo da Glosa		328-Assinatura	
329-Quantidade US		330-Valor		331-Fratura/Co-participação R\$	
332-Aut		333-Data de Realização		334-Motivo da Glosa	
335-Assinatura		336-Quantidade US		337-Valor	
338-Fratura/Co-participação R\$		339-Aut		340-Data de Realização	
341-Motivo da Glosa		342-Assinatura		343-Quantidade US	
344-Valor		345-Fratura/Co-participação R\$		346-Aut	
347-Data de Realização		348-Motivo da Glosa		349-Assinatura	
350-Quantidade US		351-Valor		352-Fratura/Co-participação R\$	
353-Aut		354-Data de Realização		355-Motivo da Glosa	
356-Assinatura		357-Quantidade US		358-Valor	
359-Fratura/Co-participação R\$		360-Aut		361-Data de Realização	
362-Motivo da Glosa		363-Assinatura		364-Quantidade US	
365-Valor		366-Fratura/Co-participação R\$		367-Aut	
368-Data de Realização		369-Motivo da Glosa		370-Assinatura	
371-Quantidade US		372-Valor		373-Fratura/Co-participação R\$	
374-Aut		375-Data de Realização		376-Motivo da Glosa	
377-Assinatura		378-Quantidade US		379-Valor	
380-Fratura/Co-participação R\$		381-Aut		382-Data de Realização	
383-Motivo da Glosa		384-Assinatura		385-Quantidade US	
386-Valor		387-Fratura/Co-participação R\$		388-Aut	
389-Data de Realização		390-Motivo da Glosa		391-Assinatura	
392-Quantidade US		393-Valor		394-Fratura/Co-participação R\$	
395-Aut		396-Data de Realização		397-Motivo da Glosa	
398-Assinatura		399-Quantidade US		400-Valor	
401-Fratura/Co-participação R\$		402-Aut		403-Data de Realização	
404-Motivo da Glosa		405-Assinatura		406-Quantidade US	
407-Valor		408-Fratura/Co-participação R\$		409-Aut	
410-Data de Realização		411-Motivo da Glosa		412-Assinatura	
413-Quantidade US		414-Valor		415-Fratura/Co-participação R\$	
416-Aut		417-Data de Realização		418-Motivo da Glosa	
419-Assinatura		420-Quantidade US		421-Valor	
422-Fratura/Co-participação R\$		423-Aut		424-Data de Realização	
425-Motivo da Glosa		426-Assinatura		427-Quantidade US	
428-Valor		429-Fratura/Co-participação R\$		430-Aut	
431-Data de Realização		432-Motivo da Glosa		433-Assinatura	
434-Quantidade US		435-Valor		436-Fratura/Co-participação R\$	
437-Aut		438-Data de Realização		439-Motivo da Glosa	
440-Assinatura		441-Quantidade US		442-Valor	
443-Fratura/Co-participação R\$		444-Aut		445-Data de Realização	
446-Motivo da Glosa		447-Assinatura		448-Quantidade US	
449-Valor		450-Fratura/Co-participação R\$		451-Aut	
452-Data de Realização		453-Motivo da Glosa		454-Assinatura	
455-Quantidade US		456-Valor		457-Fratura/Co-participação R\$	
458-Aut		459-Data de Realização		460-Motivo da Glosa	
461-Assinatura		462-Quantidade US		463-Valor	
464-Fratura/Co-participação R\$		465-Aut		466-Data de Realização	
467-Motivo da Glosa		468-Assinatura		469-Quantidade US	
470-Valor		471-Fratura/Co-participação R\$		472-Aut	
473-Data de Realização		474-Motivo da Glosa		475-Assinatura	
476-Quantidade US		477-Valor		478-Fratura/Co-participação R\$	
479-Aut		480-Data de Realização		481-Motivo da Glosa	
482-Assinatura		483-Quantidade US		484-Valor	
485-Fratura/Co-participação R\$		486-Aut		487-Data de Realização	
488-Motivo da Glosa		489-Assinatura		490-Quantidade US	
491-Valor		492-Fratura/Co-participação R\$		493-Aut	
494-Data de Realização		495-Motivo da Glosa		496-Assinatura	
497-Quantidade US		498-Valor		499-Fratura/Co-participação R\$	
500-Aut		501-Data de Realização		502-Motivo da Glosa	
503-Assinatura		504-Quantidade US		505-Valor	
506-Fratura/Co-participação R\$		507-Aut		508-Data de Realização	
509-Motivo da Glosa		510-Assinatura		511-Quantidade US	
512-Valor		513-Fratura/Co-participação R\$		514-Aut	
515-Data de Realização		516-Motivo da Glosa		517-Assinatura	
518-Quantidade US		519-Valor		520-Fratura/Co-participação R\$	
521-Aut		522-Data de Realização		523-Motivo da Glosa	
524-Assinatura		525-Quantidade US		526-Valor	
527-Fratura/Co-participação R\$		528-Aut		529-Data de Realização	
530-Motivo da Glosa		531-Assinatura		532-Quantidade US	
533-Valor		534-Fratura/Co-participação R\$		535-Aut	
536-Data de Realização		537-Motivo da Glosa		538-Assinatura	
539-Quantidade US		540-Valor		541-Fratura/Co-participação R\$	
542-Aut		543-Data de Realização		544-Motivo da Glosa	
545-Assinatura		546-Quantidade US		547-Valor	
548-Fratura/Co-participação R\$		549-Aut		550-Data de Realização	
551-Motivo da Glosa		552-Assinatura		553-Quantidade US	
554-Valor		555-Fratura/Co-participação R\$		556-Aut	
557-Data de Realização		558-Motivo da Glosa		559-Assinatura	
560-Quantidade US		561-Valor		562-Fratura/Co-participação R\$	
563-Aut		564-Data de Realização		565-Motivo da Glosa	
566-Assinatura		567-Quantidade US		568-Valor	
569-Fratura/Co-participação R\$		570-Aut		571-Data de Realização	
572-Motivo da Glosa		573-Assinatura		574-Quantidade US	
575-Valor		576-Fratura/Co-participação R\$		577-Aut	
578-Data de Realização		579-Motivo da Glosa		580-Assinatura	
581-Quantidade US		582-Valor		583-Fratura/Co-participação R\$	
584-Aut		585-Data de Realização		586-Motivo da Glosa	
587-Assinatura		588-Quantidade US		589-Valor	
590-Fratura/Co-participação R\$		591-Aut		592-Data de Realização	
593-Motivo da Glosa		594-Assinatura		595-Quantidade US	
596-Valor		597-Fratura/Co-participação R\$		598-Aut	
599-Data de Realização		600-Motivo da Glosa		601-Assinatura	
602-Quantidade US		603-Valor		604-Fratura/Co-participação R\$	
605-Aut		606-Data de Realização		607-Motivo da Glosa	
608-Assinatura		609-Quantidade US		610-Valor	
611-Fratura/Co-participação R\$		612-Aut		613-Data de Realização	
614-Motivo da Glosa		615-Assinatura		616-Quantidade US	
617-Valor		618-Fratura/Co-participação R\$		619-Aut	
620-Data de Realização		621-Motivo da Glosa		622-Assinatura	
623-Quantidade US		624-Valor		625-Fratura/Co-participação R\$	
626-Aut		627-Data de Realização		628-Motivo da Glosa	
629-Assinatura		630-Quantidade US		631-Valor	
632-Fratura/Co-participação R\$		633-Aut		634-Data de Realização	
635-Motivo da Glosa		636-Assinatura		637-Quantidade US	
638-Valor		639-Fratura/Co-participação R\$		640-Aut	
641-Data de Realização		642-Motivo da Glosa		643-Assinatura	
644-Quantidade US		645-Valor		646-Fratura/Co-participação R\$	
647-Aut		648-Data de Realização		649-Motivo da Glosa	
650-Assinatura		651-Quantidade US		652-Valor	
653-Fratura/Co-participação R\$		654-Aut		655-Data de Realização	
656-Motivo da Glosa		657-Assinatura		658-Quantidade US	
659-Valor		660-Fratura/Co-participação R\$		661-Aut	
662-Data de Realização		663-Motivo da Glosa		664-Assinatura	
665-Quantidade US		666-Valor		667-Fratura/Co-participação R\$	
668-Aut		669-Data de Realização		670-Motivo da Glosa	
671-Assinatura		672-Quantidade US		673-Valor	
674-Fratura/Co-participação R\$		675-Aut		676-Data de Realização	
677-Motivo da Glosa		678-Assinatura		679-Quantidade US	
680-Valor		681-Fratura/Co-participação R\$		682-Aut	
683-Data de Realização		684-Motivo da Glosa		685-Assinatura	
686-Quantidade US		687-Valor		688-Fratura/Co-participação R\$	
689-Aut		690-Data de Realização		691-Motivo da Glosa	
692-Assinatura		693-Quantidade US		694-Valor	
695-Fratura/Co-participação R\$		696-Aut		697-Data de Realização	
698-Motivo da Glosa		699-Assinatura		700-Quantidade US	
701-Valor		702-Fratura/Co-participação R\$		703-Aut	
704-Data de Realização		705-Motivo da Glosa		706-Assinatura	
707-Quantidade US		708-Valor		709-Fratura/Co-participação R\$	
710-A					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

342885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07/210	4-Data de Autorização 12/11/07/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7721466	7-Data Validade da Senha 12/11/07/210
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102025110510601862903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIVIANE ANGELICA DE OLIVEIRA VIEIRA		14-Telefone 13/05/2001 (11) 3527-8136	15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	1010810101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		3400
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class
				24/07/20	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 24/07/20	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 3400	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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/07/20 Pindaibe		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/07/20 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/07/20 Virginia	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

349344
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	3-Data de Autorização 10/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7752519	6-Data Validade da Senha 12/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202510550601077902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome FABIO FELIPE DE CASTILHO		14-Telefone (11) 3522-0527	15-Data de Validade do plano 24/03/1979									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabella	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-Moeda da Classe	42-Assinatura
1-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				10/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/2012		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 34,00		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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2012 Pinda			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012 Daiane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012 Fabio Felipe de Castilho			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



330885
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/01/08	3-Data de Autorização 12/11/08	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7805637	6-Data Validade da Senha 11/11/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102020215105110601146718011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIO CELSO RONCONI		14-Telefone 11/10/1955	15-Nome do titular do plano MAR O CELSO RONCONI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Cód. do CBO S 025	21-Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41071174316896	23-Nome do Contratado Executor DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	24-Número no CRO 109914	25-UF SP	26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Executor DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		28-Número no CRO 109914	29-UF SP	30-Cód. do CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela 1-01081101000101	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 3	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34100
37-Valor S2110030	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00				
39-Aut 1	40-Data de Realização 12/11/08	41-Motivo da Cl. da 42-Assinatura			
43-Data Prevista 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 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 apresentado, e aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. De fato, 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 12/11/08 P. 1206		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 Diiane Luz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.3*



346429
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/7/2017		4-Data de Autorização 29/10/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7738651		7-Data Validade da Senha 25/11/2017		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 010220251105506018629011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA				14-Telefone 26/05/1963		15-Data de Nascimento () - () - ()		16-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				19-Número no CRO 109914		20-UF SP		21-Código CEO S 025 - Faturar Empresa		
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896		23-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				24-Número no CRO 109914		25-UF SP		26-Código CHES		
27-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA						28-Número no CRO 109914		29-UF SP		30-Código CEO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Glosa	43-Assinatura
1	0108110000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/2017		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
44-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/2017		45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Total Quantidade US 34,00		48-Valor Total R\$ 0,00		49-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 21/11/2017 Rinda 2º				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2017 Daiane Luz				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2017 Virginia Oliveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

346437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/7/10 7/12/10	4-Data de Autorização 21/9/10 7/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7738666	7-Data Validade da Senha 21/5/11 1/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102102151015106101816129102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE ROBERTO GONCALVES		14-Telefone 31/12/1957 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 410717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-10181101010130	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	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 Glória 42-Autorização
1-10181101010130					
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/12					
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 3410	47-Valor Total R\$ 1010	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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/12 Pina		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/12 Diane Luz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

346420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2017	4-Data de Autorização 12/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7738635	7-Data Validade da Senha 12/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202511055060118629031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIVIANE ANGELICA DE OLIVEIRA VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	37-Valor
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38-Franquia/Co-participação R\$
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH	1	39-Aut
5-					40-Data de Realização
6-					41-Motivo da Glória
7-					42-Assinatura
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Diagnóstico Previsto / Término do Tratamento 12/10/2017		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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00
48-Observação		49-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.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2017, Int. 2º		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2017, Diiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2017, Viviane	
53-Data, local e Contato da Empresa					



360477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 12/01/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803827	7-Data Validade da Senha 11/01/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252643690000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE CLARO CESARIO		14-Telefone () 9910881	15-Data de Nascimento 18/11/1993		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4071743696	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00			12/01/08	Assinatura
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/08		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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/08 Pinda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/08	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/08	53-Data, local e Carimbo da Empresa	

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.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

361044
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	4-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 12/6/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7806486	7-Data Validade da Senha 19/11/2012
8-Número da Carteira 002025110515060114678021		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NORMA MARIA MARCONDES RONCONI		14-Data de Nascimento 06/06/1960	15-Telefone (11) 2136421-7249	16-Nome do titular do plano MARIO CELSO RONCONI	
17-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	29-Código CBO S
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/6/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total US 34100
47-Valor Total R\$ 0100					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/2012 P. Padoe		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/2012 Diane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/2012 Ronconi	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

362911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 08/12/10	4-Data de Autorização 12/05/10 08/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816101	7-Data Validade da Senha 12/02/11 11/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202251105506017577011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE IZAIAS FARIA JUNIOR		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOSE IZAIAS FARIA JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-100118110101010310		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Orla					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/10 06/11/20					
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 13411010					
47-Valor Total R\$ 13411010					
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, como orientando-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 13/11/10 06/11/20 Pinda					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 06/11/20 Daiane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 06/11/20					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P

361238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/11/2010	3-Data de Autorização 10/11/2010	4-Senha AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 7807318	6-Data Validade da Senha 11/11/2010
Dados do Beneficiário					
7-Numero da Carteira 10020251050601332601	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANA ALMEIDA PEREIRA		14-Telefone 19/05/1977	15-Nome do titular do plano FABIANA ALMEIDA PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Numero no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Numero no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Numero no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-10081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
36-Quantidade US		37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização
3400		3400			02/09/2010
41-Motivo da Guia		42-Assinatura			
43-Data Previsto Término do Tratamento 02/09/2010		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 3400	47-Valor Total R\$ 3400
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 da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/09/2010 Pindo		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/2010 Daiane Luz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/2010 Fabiana Almeida Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2019	4-Data de Autorização 01/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7812868	7-Data Válida da Senha 21/09/2019	361917 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 100202510550601332601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome FABIANA ALMEIDA PEREIRA		14-Telefone 19/05/1977	15-Nome do titular do plano FABIANA ALMEIDA PEREIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/2019		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 88,00
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$				
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2019 Rinda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2019 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2019 Fabiana Almeida Pereira		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

362547
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	3-Data de Autorização 12/05/2018	4-Senha AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 7814411	6-Data Validade da Senha 12/05/2018
8-Numero da Carteira 000202510550601862901		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Val. da Carteira 11/11/11		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Numero no CRO 109914	19-UF SP
20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 040717436896			
22-Nome do Contratado Executar la DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Numero no CRO 109914		24-UF SP	25-Código CHES Enviar - RX (1) 85100200
26-Numero do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Numero no CRO 109914		28-UF SP	29-Código CEO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qts
1-000851002000		RESTAURAÇÃO RESINA	47 OL	1	1
2-000851300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1
3-000851300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1
4-000851300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1
5-000851300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	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 04/09/2018		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 23200		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 do Cirurgião-Dentista e Solicitante 04/09/2018, Linda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/2018, Diane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/2018, Virginia	
53-Data, local e Cartão da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.42

367114
INTERCÂMBIO

1-Registro ANC 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7835949	7-Data Validade da Senha 29/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025105506014678011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIO CELSO RONCONI		14-Telefone (11) 3614217249	15-Data de Nascimento 11/10/1955		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Tempo de Tratamento 04/11/2012					
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 6100					
47-Valor Total R\$ 0000					
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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2012, Londrina					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2012, Londrina					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2012, Londrina					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 09/12/01	4-Data de Autorização 10/04/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846934	7-Data Validade da Senha 10/02/11 12/12/01	369591 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10020202531668600000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome NAYARA DE OLIVEIRA MARIA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NAYARA DE OLIVEIRA MARIA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/10		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,10
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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/10 Diãne Luz		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/10 Diãne Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/10 Nayara		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



369589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/19/20	4-Data de Autorização 04/10/19/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846922	7-Data Validação da Senha 02/11/20/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253168600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSINEI ALVES	14-Telefone 12/09/1980	15-Nome do titular do plano NAYARA DE OLIVEIRA MARIA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40771174316896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	27-Número no CRO 109914	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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão
				09/09/20	
43-Data Previsto Término do Tratamento 09/10/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 34,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/09/20 Diane Luz					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Diane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 9/12/01	4-Data de Autorização 10/5/10 9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846132	7-Data Validade da Senha 10/2/11 2/12/01	369418 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10102021511055060102159012		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALLAN RODRIGO BORGES LEONEL		14-Telefone (112) 1361317-1591311		15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 401711743161896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		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
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,100
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/10						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 34,100						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Toda Franquia / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/10 Pardo						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/10 DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/10 MARTA LUCIA BORGES LEONEL						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



369416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 09/12/01	4-Data de Autorização 10/05/10 09/12/01	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846127	7-Data Validação da Sessão 10/02/11 12/12/01
Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 1010210215110550610102159103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JOSE ANTONIO LEONEL		14-Telefone (11)211 3161371591311	15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 140171174131618961		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade Regiões	34-Face	35-Qntz
1-1	01018110101013101	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
33-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/09 11/01/09		34-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		35-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
36-Total Quantidade US 341010		37-Valor Total R\$ 01010		38-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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
39-Observação					
50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/09 11/01/09		51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/09 11/01/09		52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/09 11/01/09	
53-Data, Local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/09/2/0	4-Data de Autorização 10/5/10/9/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846121	7-Data Validada da Senha 10/2/11/2/2/0	369414 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10020215101550601025904	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANA PAULA BORGES LEONEL		14-Telefone (11) 21 316317-1519311	15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Cód go CEO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4017117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	29-Cód go CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-100181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/09/10						
44-Tipo de Atendimento 1-1-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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/10 Tinda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/10 Karan Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/10 Marta Paula		53-Data, local e Caimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

368671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2012	4-Data de Autorização 03/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842465	7-Data Validade da Senha 01/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251050601025901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARTA LUCIA BORGES LEONEL		14-Telefone 20/03/1965 (112) 3637-15931	15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896		22-Nome do Contratado Executor DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/2012					
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\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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, como orientando-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 10/05/2012 Prado					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2012 Diane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2012 Marta Lucia					
53-Data, local e Carimbo de Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

375083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2019	4-Data de Autorização 11/05/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7869796	7-Data Validade da Sinha 11/03/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202510550601025902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALLAN RODRIGO BORGES LEONEL		14-Telefone 26/03/2003 (112) 3163715931	15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		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
1	0108400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1
2	0108400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1
3	0108400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1
4	0108400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/06/2020		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 140100		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Coparticipação 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 11/05/2019 Diene		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2019 Diene		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/05/2019	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

373126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 14/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7860542	7-Data Validade da Senha 09/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251105506010259011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARTA LUCIA BORGES LEONEL		14-Telefone 20/03/1965 (112) 3637-5931	15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	37-Valor
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38-Franquia Co-participação R\$
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	39-Aut
5-1					40-Data de Realização
6-1					41-Motivo de Cessão / Alteração
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data (prevista) Término do Tratamento 16/09/2019					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 144100					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 16/09/2019 Diagne					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/2019 Diagne					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/2019 Marta Lucia					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

373119
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 11/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7860522	7-Data Validade da Senha 10/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020253166860000102	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 JOSINEI ALVES		14-Telefone 12/09/1980	15-Nome do titular do plano NAYARA DE OLIVEIRA MARIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US	37-Valor
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	42-Assinatura	
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/09/2019					
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 144,00	
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2019 Diano					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2019 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2019		53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

375864
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/09/2010	3-Data de Autorização 17/09/2010	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7873228	6-Data Validade da Senha 14/12/2010
Dados do Beneficiário			7-Data Validade da Senha		
8-Número da Carteira 0020250736700455902			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JULIA APARECIDA DE HOLANDA MARCELINO			14-Telefone (11) 1111-1111		
15-Nome do titular do plano RODRIGO PEREIRA DA SILVA MARCELINO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	
19-UF SP		20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	
22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914		24-UF SP	
25-Código CNES		26-UF SP		27-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/09/2010		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 3400		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/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 11/09/2010 Diiane Luz		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2010 Diiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2010 Rodrigo Pereira da Silva	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

373115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 11/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7860502	7-Data Validade da Senha 09/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253166860000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAYARA DE OLIVEIRA MARIA		14-Telefone 12/05/1993	15-Nome do titular do plano NAYARA DE OLIVEIRA MARIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES (0) 85103200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO S (0) 85103200	(0) 85103200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Prevista Término do Tratamento 29/05/2012		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 320,00
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação	
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.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012 Pinda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2012 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2012 N. Oliveira	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

362515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/14/10/08/12/10	3-Data de Autorização 12/15/10/08/12/10	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7814287	6-Data Validade da Senha 12/12/11/11/12/10
Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
8-Número da Carteira 1010202511051506101816291021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE ROBERTO GONCALVES		14-Telefone 31/12/1957		15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	
19-Código no Operadora / CNPJ / CPF 140171171436896		20-Código no CRO 109914		21-Código no CRO 109914	
22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914		24-Código no CRO 109914	
25-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		26-Número no CRO 109914		27-Código no CRO 109914	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0101815310100147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1
2-0101815310100147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1
3-0101815310100147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1
4-0101815310100147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
144,00		144,00		10,00	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Classe 42-Assinatura	
04/10/2010		04/10/2010		04/10/2010	
43-Data Prevista do Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
04/10/2010		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
144,00		144,00		10,00	
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/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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
04/10/2010 Pindaíba		04/10/2010 Daiane Luz		04/10/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019	4-Data de Autorização 21/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885073	7-Data Validade da Senha 11/12/2019	378358 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 100202510550601467802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome NORMA MARIA MARCONDES RONCONI		14-Teléfono (11) 211364217249	15-Nome do titular do plano MARIO CELSO RONCONI			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85109200
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OL	1	188000
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36000
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36000
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36000
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36000
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 12/11/2019		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortofonias 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 232100
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(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 12/11/2019 Indio		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019 Ronconi		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11



380020
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/1991	4-Data de Autorização 23/10/1991	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889875	7-Data Validade da Senha 21/10/1991
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601025904	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA BORGES LEONEL		14-Telefone 27/04/1995 (12) 3637-5931	15-Nome do titular do plano MARTA LUCIA BORGES LEONEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Clica 42-Assinatura
				24/10/20	maria paula
				24/10/20	maria paula
43-Data Previsto Término do Tratamento 24/10/20					
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 12200	47-Valor Total R\$ 1000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2010, Ronda B		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2010, Diiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2010, Ana Paula	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019		4-Data de Autorização 21/10/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7890011		7-Data Validade da Sintra 21/11/2019		380040 INTERCÂMBIO													
8-Número da Carteira 000202507367000451902												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Centro Nacional de Saúde							
13-Nome JULIA APARECIDA DE HOLANDA MARCELINO												14-Telefone () -		15-Nome do Tit. do plano RODRIGO PEREIRA DA SILVA MARCELINO											
16-Atendimento a RN N														17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				18-Número no CRO 109914		19-UF SP		20-Código CEO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 40717436896				22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				23-Número no CRO 109914		24-UF SP		25-Código CNES		26-UF SP		27-Código CEO S									
28-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA														29-Número no CRO 109914		30-UF SP		31-Código CEO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																									
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Motivo da Causa	44-Assinatura													
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			24/09/20															
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			24/09/20															
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			24/09/20															
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			24/09/20															
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			24/09/20															
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			24/09/20															
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			24/09/20															
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			24/09/20															
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			24/09/20															
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
45-Data Prevista Término do Tratamento 24/10/20		46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		48-Total Quantidade US 445,00		49-Valor Total R\$ 0,00		50-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 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.																									
51-Observação																									
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2020 Rinda				53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2020 Karan Luz				54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 24/10/2020 Rodrigo				55-Data, local e Carimbo da Empresa													

353430
INTERCAMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40

389646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Data de Autorização 06/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932483	7-Data Validade da Senha 03/10/11/211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025325401000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE MARIA MARQUES	14-Telefone 15/01/1976	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO DE MOURA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 4017117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado:					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			3400
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/2010					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortofonias 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 3400					
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 do tratamento, conforme acima apresentado, acito 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 07/11/2010 Simone					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2010 Daiane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 07/11/2010 Marco Antonio de Moura					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

389653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932490	7-Data Validade da Senha 03/01/2013							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532540100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARCO ANTONIO DE MOURA		14-Telefone 09/09/1979 () -	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO DE MOURA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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 Cliqua	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			07/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 07/10/12		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 07/11/2012 São Paulo			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012 Diadema			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012 São Paulo			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

383281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2019	4-Data de Autorização 01/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906880	7-Data Validade da Senha 24/11/2019							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00020251105506011862902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOSE ROBERTO GONCALVES		14-Telefone 31/12/1957	15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA									
Dados do Controlado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO 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 Closs	42-Atividade
1	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
2	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
3	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
4	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
5	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
6	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
7	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
8	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
9	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
10	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
11	008511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00			08/10/20		
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/20		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 671,00		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), 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 08/10/2019 Yndio			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2019 Daiane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Resp. 08/10/2019			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

389657
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932514	7-Data Validade da Senha 03/11/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202510550601862902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOSE ROBERTO GONCALVES		14-Telefone 31/12/1957	15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANGELICA OLIVEIRA VIEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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 Gêsa	42-Justificativa
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			08/11/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00			08/11/2012		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			08/11/2012		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			08/11/2012		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			08/11/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/2012		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 305,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que não ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 06/11/2012 Pandoza			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012 Daiane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

379704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7888599	7-Data Validade da Senha 21/11/2012										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202510550601762503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome VICTOR GIORDANO DAMIANI		14-Telefone (11) 3645-4835	15-Nome do Múltiplo do Plano ROSANA DAMIANI												
20/10/2003															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES										
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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 Clossa	42-Assinatura			
1-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			13/10/2012					
2-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			13/10/2012					
3-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			13/10/2012					
4-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			13/10/2012					
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 13/11/2012						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 140,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assessor 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 13/10/2012 Diane				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012 Diane				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

393109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7947135	7-Data Validade da Senha 06/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002532587400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIEL SOUSA SILVA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano NATALICE SOUSA CALIFANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CIO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4071743696	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CIO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
1-008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 13/12/2012					
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 3400					
47-Valor Total R\$ 1000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s), 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 13/11/2012 Randa					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2012 Randa					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012 Natalice Sousa					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/09/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7947141	7-Data Validade da Guia 10/06/10 11/12/11	393110 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário:						
8-Número da Carteira 1002025325874000000101	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 NATALICE SOUSA CALIFANO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano NATALICE SOUSA CALIFANO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CIO B 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Ocorrência / CNPJ / CPF 140711741361896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CIO B		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US
1	1001810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto o Término do Tratamento 13/11/12		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00
47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Valor Total 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, o 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 13/11/12 Rendo		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/12 Rendo Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/12 Natalice Sousa Califano		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

388550
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2010	4-Data de Autorização 05/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928353	7-Data Validade da Senha 31/12/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510510600723202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADOLFO ALEXANDRE KAISER NETO		14-Telefone 29/09/1965	15-Nome do titular do plano SHEILA VALERIA GOMES KAISER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Causa / Assinatura					
42-Data Previsto Término do Tratamento					
43-Tipo de Atendimento					
44-Data de Faturamento					
45-Total Quantidade US					
46-Valor Total R\$					
47-Total Franquia / Co-participação R\$					
48-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
52-Data, local e Carimbo da Empresa					



391735
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/07/2019		4-Data de Autorização 10/09/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7941295		7-Data Validade da Senha 10/05/2021	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025325401000001002				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Último do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE MARIA MARQUES				14-Data de Nascimento 15/01/1976		15-Telefone (11) 1111-1111		16-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO DE MOURA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Atendimento a RH N		18-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				19-Número no CRO 109914		20-UF SP		21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896		23-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				24-Número no CRO 109914		25-UF SP		26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		28-Número no CRO 109914				29-UF SP		30-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Faixa	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00			16/10/20		Simone
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00			16/10/20		Simone
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00			16/10/20		Simone
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00			16/10/20		Simone
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento 16/10/20		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 144,00		47-Valor Total R\$ 0,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, do cliente 16/10/2020 Andre			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2020 Daiane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2020 Simone M. Marques			53-Data, local e Carimbo da Empresa		



245



Digitalizada com CamScanner



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

392655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/11 01/12/11	4-Data de Autorização 11/03/11 01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7945313	7-Data Validade da Senha 01/06/11 01/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020202532361200000010102	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 MATHEUS MARQUES DE OLIVEIRA		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Múltiplo do plano SIMONE MARIA MARQUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-010810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/12	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\$ 10100	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 Alterada a Guia de temporária para definitiva.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/12 Diâne	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/12 Diâne	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/12 Simone	53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

391745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 09/12/01	4-Data de Autorização 10/09/11 09/12/01	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941356	7-Data Validade da Serção 10/05/11 01/12/11	8-Data Validade da Serção 10/05/11 01/12/11
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 1002025325401000000101	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 MARCO ANTONIO DE MOURA		14-Telefone 09/09/1979	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO DE MOURA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6	1,00
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	6	1,00
3-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6	1,00
4-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6	1,00
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3	6,00
6-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3	6,00
7-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3	6,00
8-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3	6,00
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/06/12						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcelado						
46-Total Quantidade US 388,00						
47-Valor Total R\$ 10,00						
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) 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, com me comprometendo a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/12 R. André						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/12 D. Diâne Luz						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/12 P. Marco						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11						



396831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2019	4-Data de Autorização 16/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7962458	7-Data Validade da Senha 13/10/2021	396831 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00020125264369000001013	9-Plano POS REIDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome THAMYRES CRISTIANE CORREIA PACHECO		14-Telefone (11) 991101881	15-Nome do titular do plano SILVANA DE FATIMA GONCALVES CORREA				
Dados do Contratado / responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEJS 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407171436891	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES			
26-Nome do Prestador de Serviço DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEJS			
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
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							
43-Data Prevista Término do Tratamento 19/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, custos e alto mais do tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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, 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 19/11/2019 Diane Luz							
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 19/11/2019 Diane Luz							
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário 19/11/2019 Thamyres Pacheco							
53-Data, Local e Cartão da Empresa							



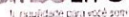
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 10/12/10	4-Data de Autorização 11/04/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7949779	7-Data Validade da Senha 10/07/11 01/12/11	393749 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário 8-Numero da Carteira 101020251105106007232022 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome ADOLFO ALEXANDRE KAISER NETO 14-Telefone 29/09/1965 15-Nome do titular do plano SHEILA VALERIA GOMES KAISER												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 18-Numero no CRO 109914 19-UF SP 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4107117436896 22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 23-Numero no CRO 109914 24-UF SP 25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA 27-Numero no CRO 109914 28-UF SP 29-Código CEO S												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:												
39-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	611000	0,00			19/10/20		
2-	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	611000	0,00			19/10/20		
3-	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	611000	0,00			19/10/20		
4-	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	611000	0,00			19/10/20		
5-	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	611000	0,00			19/10/20		
6-	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	611000	0,00			19/10/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 19/11/2012	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 365,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 19/11/2012 Pindamonhangaba 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2012 Pindamonhangaba 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2012 Pindamonhangaba 53-Data, local e Carimbo da Empresa												



390456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7936223	7-Data Validade da Senha 04/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600723202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADOLFO ALEXANDRE KAISER NETO		14-Telefone 29/09/1965 () -	15-Nome do titular do plano SHEILA VALERIA GOMES KAISER		
Dados do Controlado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	37-Valor
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38-Franquia Co-participação R\$
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	39-Aux
5-1					40-Data de Realização
6-1					41-Motivo da OCS
7-1					42-Assinatura
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Prevista Término do Tratamento 08/11/2012		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 14400	47-Valor Total R\$ 000
48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação			
50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012 Adolfo		51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Daiane Luz		52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012	
53-Data, Local e Carimbo da Empresa					

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.



2.45



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012		4-Data de Autorização 19/11/2012		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia-Princípio 7967064		7-Data Validade da Sinal 14/12/2012		89981 INTERCÂMBIO															
Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 002025323612010000102				9-Plano POS REI DE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-A Juro do Centro Nacional de Saúde																	
13-Nome MATHEUS MARQUES DE OLIVEIRA				21/05/2003		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do Titular do Plano SIMONE MARIA MARQUES																			
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento 16-Alimentação e RN N				17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Numeração no CRO 109914		19-UF SP		20-Código CEPS 025 - Faturar Empresa																	
21-Código na Orelha / CNPJ / CPF 407177436891				22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Numeração no CRO 109914		24-UF SP		25-Código / CNES																	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				27-Numeração no CRO 109914		28-UF SP		29-Código CEPS																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fator		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia Participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Cessão		42-Assinatura			
1-008		1000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		1500		000		18111220								matheus					
2-008		1000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		1500		000		18111220								matheus					
3-008		1000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		1500		000		18111220								matheus					
4-008		1000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		1500		000		18111220								matheus					
5-																											
6-																											
7-																											
8-																											
9-																											
10-																											
11-																											
12-																											
13-																											
14-																											
15-																											
43-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/2012				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 14000				47-Valor Total R\$ 000				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000							
Declaro, que após ter sido devidamente escrito sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s) foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.																											
49-Observação																											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2012 Daiane Luz														51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2012 Matheus													
52-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/2012														53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/2012													



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

397978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia (Princ. nº) 7967044	7-Data Validade da Sinalha 14/10/2012																		
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 1002025323612000000000003																							
9-Plano POS REI/E PRESTADORA																							
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA																							
11-Data Validade da Carteira 11/11/11																							
12-Número da Cartão Nacional de Saúde																							
13-Nome MIRELLA MARQUES DE OLIVEIRA																							
14-Telefone 27/05/2004																							
15-Nome do titular do plano SIMONE MARIA MARQUES																							
Dados do Contratado (responsável pelo Tratamento)																							
16-Atendimento a RN N																							
17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA																							
18-Número no CRO 109914																							
19-UF SP																							
20-Código CIB 33 025 - Faturar Empresa																							
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 40717174368916																							
22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA																							
23-Número no CRO 109914																							
24-UF SP																							
25-Código CHES																							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA																							
27-Número no CRO 109914																							
28-UF SP																							
29-Código CIB 33																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade	37-Valor	38-Fr. Equil. Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura											
1-00081000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			21/11/2012		Mathew											
2-00081000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			21/11/2012		Mathew											
3-00081000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			21/11/2012		Mathew											
4-00081000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			21/11/2012		Mathew											
5-1																							
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/2012						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico						45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Cobertura Quilômetro US 14000		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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional ao paciente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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 Chanceler-Dentista Solicitante 21/11/2012 Pando																		51-Data, local e Assinatura do Chanceler-Dentista Responsável 21/11/2012 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 21/11/2012 Mathew		53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967039	7-Data Validade da Guia 14/10/2012	397970 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10020125325874000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UN COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome NATALICE SOUSA CALIFANO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data de Nascimento 25/12/1971			
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407174368916	22-Nome do Contratado / Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CBO Enviar - Fix (0) 85103200	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA			27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO (0) 85103200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fac	35-Qtd	36-Quantidade US
1	0081100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	18,00
2	0081100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VM	1	18,00
3	0081300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASD		1	6,00
4	0081300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASE		1	6,00
5	0081300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIE		1	6,00
6	0081300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAID		1	6,00
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2012						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total US 320,00		47-Valor Total R\$ 10,00
48-Total Franquia / Coparticipação 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, a 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 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 12/11/2012 Diene		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 Diene		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/2012 Natalice		53-Data, local e Carimbo da Empresa



397966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 19/11/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Financeira 7967008	7-Data Validade da Guia 14/11/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000201025325874000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UN COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIEL SOUSA SILVA		14-Telefone 07/02/2012	15-Nome do Interlocutor do Plano NATALICE SOUSA CALIFANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEPS 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 4071774368916	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - FUX (085103200)	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO 30	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade USD		37-Valor	38-Franchisa Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização
8000		0000			21/11/2011
41-Motivo da Oclusão		42-Assinatura			
43-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/2011		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ort: Sonda 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 8000	47-Valor Total R\$ 0000
48-Total Franchisa Participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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, o 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 21/11/2011 Rendo		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2011 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2011 Natalice Souza	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247

399122
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012	4-Data de Autorização 21/09/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Própria 7971106	7-Data Validade da Sentença 11/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020153258740000000002	9-Plano POS REIJE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIEL SOUSA SILVA		14-Telefone 07/02/2012	15-Nome do Senhor do plano NATALICE SOUSA CALIFANO		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBPS 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407174368916	22-Nome do Contratado / Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBPS	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela 1-001814000090	31-Código do Procedimento 32-Descrição APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	33-Dente/Região 1	34-Faixa 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 10,00
37-Valor 10,00	38-Fratura/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut 0,00	40-Data de Realização 21/10/2012	41-Motivo da Omissão Assinatura	
42-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/2012					
43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Diagnóstico 4-Urgência/Emergência					
44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		45-Cálculo Quantidade US 72,00		46-Valor Total R\$ 10,00	
47-Taxa Franquia / Condição de Ação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, não autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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, conforme estenda-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
48-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora Solicitante 21/10/2012 Pindo		51-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora 21/10/2012 Pindo		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 21/10/2012 Natalice	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

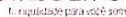


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

399018
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7970657	7-Data Validade da Guia 17/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00201201526436900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UN COOPERATIVA	11-Data Validez da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAMYRES CRISTINE CORREA PACHECO		14-Telefone () 99101881	15-Nome do titular do plano SILVANA DE FATIMA GONCALVES CORREA		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBPS 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Onerada / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBPS	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASD	1	1	1
2-0018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASE	1	1	1
3-0018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIE	1	1	1
4-0018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIH	1	1	1
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
36-Quantidade L8					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Clima 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 17/12/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortofonía 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 144,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declino, 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 17/11/2012 São Paulo					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/2012 Diiane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 17/11/2012 Silvane					
53-Data, local e Cartão da Empresa					



2.4



399011
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTOFILIZADO	6-Número da Guia Principal 7895056	7-Data Validade da Senha 24/10/11/21	404749 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Guia 0020125330915000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome PABLO DANIEL RIBEIRO CORREA		14-Telefone 03/10/2005	15-Nome do titular do plano RUAN RODRIGO DE MOURA ALVES			
Dados do Contratado e Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Locatário DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 199914	19-UF SP	20-Código CBO-75 025 -	Faturar Empresa	
21-Código na Orelha / CNPJ / CPF 4071743689	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CBO-75		
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 199914	28-UF SP	29-Código CBO-75		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US
1-0018100000030	CONSUMO ODONTOLÓGICA				34	00
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
37-Valor						
38-Franquia Participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Cálculo 42 Assinatura						
43-Data Prevista Término do Tratamento 28/11/2012						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortofonia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 3400						
47-Valor Total R\$ 0000						
48-Total Franquia / Participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações dos profissionais 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 28/11/2012 Pardo						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2012 Caio						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2012						
53-Data, local e Cartão da Empresa						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

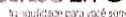
353431
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2018	4-Data de Autorização 11/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7771791	7-Data Validade da Senha 05/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251105366000171011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PESA RENTAL LOCACOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATIAS DA SILVA NICOLAU		14-Telefone 26/03/1998 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MATIAS DA SILVA NICOLAU		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CED S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	27-Número no CRO 109914	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
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/2018					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 34,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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/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 08/10/2018 Diane		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2018 Diane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2018 Matias	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



397948
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967002	7-Data Validade da Guia 14/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100200253257840000001011	9-Plano POS REIDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AGMAR ANTUNES		14-Telefone 10/09/1970	15-Nome do titular do plano AGMAR ANTUNES		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código C6 J3	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14071174336896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	Enviar - FIX (1) 85103200 (1) 85103200
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código C6 J3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qntd
1-000815100200		RESTAURAÇÃO RESINA	23 MD	1	3800
2-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	28 M	1	3100
3-000815100200		RESTAURAÇÃO RESINA	37 LO	1	3800
4-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASD	1	3600
5-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASE	1	3600
6-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIE	1	3600
7-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIID	1	3600
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 29/11/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total US 38100					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 o que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012 Pinedo		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2012 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 20/11/2012 Agmar Antunes	
53-Data, local e Cartão da Empresa 20/11/2012 Daiane Luz					



24N



Digitalizada com CamScanner