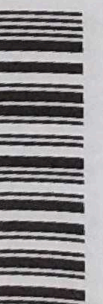


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



341482
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012 4-Data de Autorização 29/07/2012 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7715479 7-Data Validade da Semina 11/08/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10120253072610000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/08/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NATALIA CAROLINA DE MORAES TOLEDO 30/05/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDO TOLEDO DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO 5 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 134537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO 5 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO 5 30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421- (III) 81000421-

28-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/co-participação R\$	39-Aut	40-Dias de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-10	0181000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-10	0181000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-10	0181000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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-Exame 1-Exame de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total 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, 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.

48-Observação

Dr. Amanda Suanes da Silva

Cirurgiã Dentista

50-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

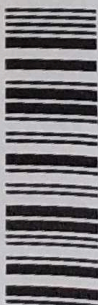
52-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Local e Assinatura da Empresa

54-Local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 10/04/08 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7717036 7-Data Validade da Serinha 11/08/10

341914
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100202530632400000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LIVIA GONCALVES CORDEIRO 14-Teléfono 29/04/1999 15-Nome do titular do plano ADRIANA GONCALVES CORDEIRO 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 134537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			04/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/08/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 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/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

51-Data, Assinatura do Conselho-Dentista Socialmente 04/08/20 52-Data, Assinatura do Conselho-Dentista 04/08/20 53-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20 54-Data, Assinatura do Profissional 04/08/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



347587
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 4-Data de Autorização 10/06/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7744310 7-Data Validade da Senha 12/11/10 8-Data Validade da Senha 12/11/10

8-Número da Carteira 10102102151310161312141010101011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANA GONCALVES CORDEIRO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ADRIANA GONCALVES CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13145137681181371 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 61061015120 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S 8520015846 30-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Atendimento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Átela	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-Atendimento
1-010	8152100158	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	11	1	51331010	01010	51061015120				
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 Prescrição Tratamento 08/10/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-T-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 51331010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

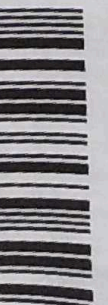
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

50-Data, Local e Assinatura do Cuidado-Dentista Solicitante 08/10/10 51-Data, Local e Assinatura do Cuidado-Dentista 08/10/10 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/10/10 53-Data, Local e Assinatura do Proprietário 08/10/10 54-Data, Local e Assinatura do Profissional 08/10/10

Dr. Adriana Suanez da Silva
Odontista

2. **APR**



INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 11:20	4-Data de Autorização 13/11/08 11:20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7753666	7-Data de Vencimento da Guia 29/11/10 11:20
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0002025295012000001011																				
9-Plano	POS REDE PRESTADORA																				
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																				
11-Dia Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0												
12-Número do Cartão																					

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANGELA SILVA SANTOS	(11) 1111-1111	ROSANGELA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO's
N	AMANDA SUANES DA SILVA	122642	SP	

21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF	3 1 4 5 3 7 6 8 1 1 8 3 7 1
22-Nome do Contratado Executante	AMANDA SILVES DA SILVA
23-Número no CRO	122642
24-UF	SP
26-Código CNEIS	

26-Nome do Profissional Executante	AMANDA SUANES DA SILVA		
27-Número no CRO	122642	28-UF	SP
		29-Código CBO S	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible][illegible]

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL
HASE
1
3 6 10 0
0 10 0 0
S 3 10 8 14 20
7 29

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

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

[illegible][illegible][illegible]

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

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

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

[illegible][illegible]

—

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

[illegible][illegible]

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

15

44-Tipo de Abastecimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

[illegible]

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.

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (quorum realizado) com meu conhecimento e de livre e espontânea vontade, não constitui uma promessa ou compromisso assumido na e após com os dados conforme previsto em contrato.

Prof. Antonio Quintana

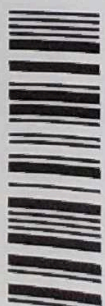
1992年
 1993年
 1994年
 1995年
 1996年
 1997年
 1998年
 1999年
 2000年
 2001年
 2002年
 2003年
 2004年
 2005年
 2006年
 2007年
 2008年
 2009年
 2010年
 2011年
 2012年
 2013年
 2014年
 2015年
 2016年
 2017年
 2018年
 2019年
 2020年
 2021年
 2022年
 2023年
 2024年
 2025年
 2026年
 2027年
 2028年
 2029年
 2030年
 2031年
 2032年
 2033年
 2034年
 2035年
 2036年
 2037年
 2038年
 2039年
 2040年
 2041年
 2042年
 2043年
 2044年
 2045年
 2046年
 2047年
 2048年
 2049年
 2050年
 2051年
 2052年
 2053年
 2054年
 2055年
 2056年
 2057年
 2058年
 2059年
 2060年
 2061年
 2062年
 2063年
 2064年
 2065年
 2066年
 2067年
 2068年
 2069年
 2070年
 2071年
 2072年
 2073年
 2074年
 2075年
 2076年
 2077年
 2078年
 2079年
 2080年
 2081年
 2082年
 2083年
 2084年
 2085年
 2086年
 2087年
 2088年
 2089年
 2090年
 2091年
 2092年
 2093年
 2094年
 2095年
 2096年
 2097年
 2098年
 2099年
 2100年
 2101年
 2102年
 2103年
 2104年
 2105年
 2106年
 2107年
 2108年
 2109年
 2110年
 2111年
 2112年
 2113年
 2114年
 2115年
 2116年
 2117年
 2118年
 2119年
 2120年
 2121年
 2122年
 2123年
 2124年
 2125年
 2126年
 2127年
 2128年
 2129年
 2130年
 2131年
 2132年
 2133年
 2134年
 2135年
 2136年
 2137年
 2138年
 2139年
 2140年
 2141年
 2142年
 2143年
 2144年
 2145年
 2146年
 2147年
 2148年
 2149年
 2150年
 2151年
 2152年
 2153年
 2154年
 2155年
 2156年
 2157年
 2158年
 2159年
 2160年
 2161年
 2162年
 2163年
 2164年
 2165年
 2166年
 2167年
 2168年
 2169年
 2170年
 2171年
 2172年
 2173年
 2174年
 2175年
 2176年
 2177年
 2178年
 2179年
 2180年
 2181年
 2182年
 2183年
 2184年
 2185年
 2186年
 2187年
 2188年
 2189年
 2190年
 2191年
 2192年
 2193年
 2194年
 2195年
 2196年
 2197年
 2198年
 2199年
 2200年
 2201年
 2202年
 2203年
 2204年
 2205年
 2206年
 2207年
 2208年
 2209年
 2210年
 2211年
 2212年
 2213年
 2214年
 2215年
 2216年
 2217年
 2218年
 2219年
 2220年
 2221年
 2222年
 2223年
 2224年
 2225年
 2226年
 2227年
 2228年
 2229年
 2230年
 2231年
 2232年
 2233年
 2234年
 2235年
 2236年
 2237年
 2238年
 2239年
 2240年
 2241年
 2242年
 2243年
 2244年
 2245年
 2246年
 2247年
 2248年
 2249年
 2250年
 2251年
 2252年
 2253年
 2254年
 2255年
 2256年
 2257年
 2258年
 2259年
 2260年
 2261年
 2262年
 2263年
 2264年
 2265年
 2266年
 2267年
 2268年
 2269年
 2270年
 2271年
 2272年
 2273年
 2274年
 2275年
 2276年
 2277年
 2278年
 2279年
 2280年
 2281年
 2282年
 2283年
 2284年
 2285年
 2286年
 2287年
 2288年
 2289年
 2290年
 2291年
 2292年
 2293年
 2294年
 2295年
 2296年
 2297年
 2298年
 2299年
 2300年
 2301年
 2302年
 2303年
 2304年
 2305年
 2306年
 2307年
 2308年
 2309年
 2310年
 2311年
 2312年
 2313年
 2314年
 2315年
 2316年
 2317年
 2318年
 2319年
 2320年
 2321年
 2322年
 2323年
 2324年
 2325年
 2326年
 2327年
 2328年
 2329年
 2330年
 2331年
 2332年
 2333年
 2334年
 2335年
 2336年
 2337年
 2338年
 2339年
 2340年
 2341年
 2342年
 2343年
 2344年
 2345年
 2346年
 2347年
 2348年
 2349年
 2350年
 2351年
 2352年
 2353年
 2354年
 2355年
 2356年
 2357年
 2358年
 2359年
 2360年
 2361年
 2362年
 2363年
 2364年
 2365年
 2366年
 2367年
 2368年
 2369年
 2370年
 2371年
 2372年
 2373年
 2374年
 2375年
 2376年
 2377年
 2378年
 2379年
 2380年
 2381年
 2382年
 2383年
 2384年
 2385年
 2386年
 2387年
 2388年
 2389年
 2390年
 2391年
 2392年
 2393年
 2394年
 2395年
 2396年
 2397年
 2398年
 2399年
 2400年
 2

52 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Three hand-drawn diagrams illustrating different types of curves:

- A parabola opening upwards.
- A circle.
- A hyperbola with two branches.

100



349604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/1/07/2/0		4-Data de Autorização 10/1/08/12/0		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7753690		7-Dia Validade da Semeta 12/9/11/0/1/2/0	
8-Número da Carteira 101021015311021571010101011011		9-Pilano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
DAIANE DA SILVA SOUZA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		18-Número no CRO 122642		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 131415131761811813171111		22-Nome do Contratado Exercitante AMANDA SUANES DA SILVA		23-Número no CRO 122642		24-UF SP		25-Código CNES			
AMANDA SUANES DA SILVA											
26-Nome do Profissional Exercitante											
27-Número no CRO 122642											
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- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			01/08/20		Luciane
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento
01/08/20

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
1 7 8 0 0 0

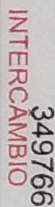
47- Valor Total R\$
0 0 0 0 0 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

Dependent mass function

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/06/2011	01/06/2011	01/06/2011	01/06/2011
[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]

2-N₂

349766
INTERCÂMBIO

[illegible]

1

41- Motivo da Glosa 42- Assinf

100

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

— 11 —

[illegible]

—

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

—

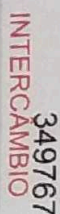
48-Total Franquia / Co-participação	_____
-------------------------------------	-------

estante e arcar com os custos p

que assina esse documento

da Soares da Silva

SP 122.642

2-N₂49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento, conforme acima apreendidos, 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 assumido(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Amanda Suarez, C.A.
Clorofila Dentista

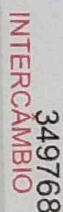
Cinny

50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

5 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dados locais e assinatura do Beneficiário / Responsável

59 Data, local e Garimpo da Empresa

2-N⁶Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

12111111111

.....

[illegible][illegible]

5-11111111

6-9

—

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

[illegible]

9	-	6
---	---	---

101 1 1 1 1 1 1 1 1

—

1

[illegible][illegible]

14

151

--	--

2011/11/11

Declaro que antes de ser sido devuelto

contrato. Declaro, ainda que o(s)

49-Observação

--

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-

2000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

350831
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 08/12/10

4-Data de Autorização 10/05/10 08/12/10
5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7759390

7-Data Validade da Senha 10/12/11 11/12/10

8-Número do Cartão Nacional de Saúde

9-Plano

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

16-Endereço

17-Endereço do Profissional Solicitante

18-Endereço do Profissional Executante

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Profissional Executante

23-Endereço

24-UF

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Número no CRO

28-UF

29-UF

30-Endereço

31-Endereço do Profissional Solicitante

32-Endereço do Profissional Executante

33-UF

34-Código CBO S

35-UF

36-UF

37-Endereço

38-Endereço do Profissional Solicitante

39-Endereço do Profissional Executante

40-UF

41-Código CBO S

42-UF

43-UF

44-Endereço

45-Endereço do Profissional Solicitante

46-Endereço do Profissional Executante

47-UF

48-Código CBO S

49-UF

50-UF

51-Endereço

52-Endereço do Profissional Solicitante

53-Endereço do Profissional Executante

54-UF

55-Código CBO S

56-UF

57-UF

58-Endereço

59-Endereço do Profissional Solicitante

60-Endereço do Profissional Executante

61-UF

62-Código CBO S

63-UF

64-UF

65-Endereço

66-Endereço do Profissional Solicitante

67-Endereço do Profissional Executante

68-UF

69-Código CBO S

70-UF

71-UF

72-Endereço

73-Endereço do Profissional Solicitante

74-Endereço do Profissional Executante

75-UF

76-Código CBO S

77-UF

78-UF

79-Endereço

80-Endereço do Profissional Solicitante

81-Endereço do Profissional Executante

82-UF

83-Código CBO S

84-UF

85-UF

86-Endereço

87-Endereço do Profissional Solicitante

88-Endereço do Profissional Executante

89-UF

90-Código CBO S

91-UF

92-UF

93-Endereço

94-Endereço do Profissional Solicitante

95-Endereço do Profissional Executante

96-UF

97-Código CBO S

98-UF

99-UF

100-Endereço

101-Endereço do Profissional Solicitante

102-Endereço do Profissional Executante

103-UF

104-Código CBO S

105-UF

106-UF

107-Endereço

108-Endereço do Profissional Solicitante

109-Endereço do Profissional Executante

110-UF

111-Código CBO S

112-UF

113-UF

114-Endereço

115-Endereço do Profissional Solicitante

116-Endereço do Profissional Executante

117-UF

118-Código CBO S

119-UF

120-UF

121-Endereço

122-Endereço do Profissional Solicitante

123-Endereço do Profissional Executante

124-UF

125-Código CBO S

126-UF

127-UF

128-Endereço

129-Endereço do Profissional Solicitante

130-Endereço do Profissional Executante

131-UF

132-Código CBO S

133-UF

134-UF

135-Endereço

136-Endereço do Profissional Solicitante

137-Endereço do Profissional Executante

138-UF

139-Código CBO S

140-UF

141-UF

142-Endereço

143-Endereço do Profissional Solicitante

144-Endereço do Profissional Executante

145-UF

146-Código CBO S

147-UF

148-UF

149-Endereço

150-Endereço do Profissional Solicitante

151-Endereço do Profissional Executante

152-UF

153-Código CBO S

154-UF

155-UF

156-Endereço

157-Endereço do Profissional Solicitante

158-Endereço do Profissional Executante

159-UF

160-Código CBO S

161-UF

162-UF

163-Endereço

164-Endereço do Profissional Solicitante

165-Endereço do Profissional Executante

166-UF

167-Código CBO S

168-UF

169-UF

170-Endereço

171-Endereço do Profissional Solicitante

172-Endereço do Profissional Executante

173-UF

174-Código CBO S

175-UF

176-UF

177-Endereço

178-Endereço do Profissional Solicitante

179-Endereço do Profissional Executante

180-UF

181-Código CBO S

182-UF

183-UF

184-Endereço

185-Endereço do Profissional Solicitante

186-Endereço do Profissional Executante

187-UF

188-Código CBO S

189-UF

190-UF

191-Endereço

192-Endereço do Profissional Solicitante

193-Endereço do Profissional Executante

194-UF

195-Código CBO S

196-UF

197-UF

198-Endereço

199-Endereço do Profissional Solicitante

200-Endereço do Profissional Executante

201-UF

202-Código CBO S

203-UF

204-UF

205-Endereço

206-Endereço do Profissional Solicitante

207-Endereço do Profissional Executante

208-UF

209-Código CBO S

210-UF

211-UF

212-Endereço

213-Endereço do Profissional Solicitante

214-Endereço do Profissional Executante

215-UF

216-Código CBO S

217-UF

218-UF

219-Endereço

220-Endereço do Profissional Solicitante

221-Endereço do Profissional Executante

222-UF

223-Código CBO S

224-UF

225-UF

226-Endereço

227-Endereço do Profissional Solicitante

228-Endereço do Profissional Executante

229-UF

230-Código CBO S

231-UF

232-UF

233-Endereço

234-Endereço do Profissional Solicitante

235-Endereço do Profissional Executante

236-UF

237-Código CBO S

238-UF

239-UF

240-Endereço

241-Endereço do Profissional Solicitante

242-Endereço do Profissional Executante

243-UF

244-Código CBO S

245-UF

246-UF

247-Endereço

248-Endereço do Profissional Solicitante

249-Endereço do Profissional Executante

250-UF

251-Código CBO S

252-UF

253-UF

254-Endereço

255-Endereço do Profissional Solicitante

256-Endereço do Profissional Executante

257-UF

258-Código CBO S

259-UF

260-UF

261-Endereço

262-Endereço do Profissional Solicitante

263-Endereço do Profissional Executante

264-UF

265-Código CBO S

266-UF

267-UF

268-Endereço

269-Endereço do Profissional Solicitante

270-Endereço do Profissional Executante

271-UF

272-Código CBO S

273-UF

274-UF

275-Endereço

276-Endereço do Profissional Solicitante

277-Endereço do Profissional Executante

278-UF

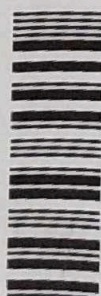
279-Código CBO S

280-UF

281-UF

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



350842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/2018

4-Data de Autorização
10/06/2018

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7765410

7-Data Validade da Série
10/12/2018

350842
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

10/02/2018 5308011700000101

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

GESILANIA SARA PINHEIRO MOURA BEZERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

06/01/1984

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
GESILANIA SARA PINHEIRO MOURA BEZERRA

16-Atendimento a RN

AMANDA SUANES DA SILVA

18-Número no CRO
122642

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1314537681837

22-Nome do Contratado Executante
AMANDA SUANES DA SILVA

23-Número no CRO
122642

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
AMANDA SUANES DA SILVA

27-Número no CRO
122642

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/06/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
10/06/2018	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	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
10/06/2018 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/06/2018 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Responsável
10/06/2018 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa
10/06/2018 [Assinatura]

Dr. Amanda Suanes da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 12812

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

353467
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 12/05/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7772034 7-Data Validação da Sentia 10/06/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/06/11 11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Data Validação da Sentia 10/06/11 11/12/10

13-Nome NATALIA CAROLINA DE MORAES TOLEDO 30/05/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDO TOLEDO DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200158-37 (I) 81000421

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Aut. 31-Data de Realização 32-Motivo da Class. 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37	1	1	5331010	0,00			10/06/11	INTERCAMBIO	
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	141010	0,00			10/06/11	INTERCAMBIO	
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	611010	0,00			10/06/11	INTERCAMBIO	
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Exatidão Término do Tratamento 12/10/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 60181010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

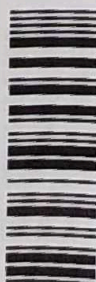
Dr. Amanda Suanes da Silva
Cirurgiã Dentista

CROSP-122642

50-Cidade, Estado e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Cidade, Estado e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Cidade, Estado e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Cidade, Estado e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



353615
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 11/08/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7772509 7-Data Validade da Semeta 10/06/11 8-Data Validade da Guia 10/12/10

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GESILANIA SARA PINHEIRO MOURA BEZERRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano GESILANIA SARA PINHEIRO MOURA BEZERRA 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34513761837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 1 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 2 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 3 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 4 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 5 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 6 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 7 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 8 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 9 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 10 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 11 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 12 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 13 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 14 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 15 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34513761837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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.

43-Observação 44-Tipo de Atendimento 1-Tipos de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchia / Co-participação R\$

54-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 55-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura da Empresa 58-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Amanda Suanez da Silva

CRP 122642

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



353619
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2000	4-Data de Autorização 13/10/2000	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772519	7-Data Validade da Senha 06/11/2001
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002102511051050601108903	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
13-Nome MARIANA JOVANUTE RODRIGUEZ			14-Telefone (11) 34971503		
15-Data Validade da Carteira 11/11/11					
16-Data Validade da Senha 09/10/2000					
17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento AMANDA SUANES DA SILVA					
18-Número no CRO 122642					
19-Código CBO S 20-Código CBO S					
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 131451317681837					
22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA					
23-Número no CRO 122642					
24-Código CNES 25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA					
27-Número no CRO 122642					
28-Código CBO S 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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36-Quantidade US
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	37-Valor
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38-Franquia/Co-participação R\$
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	39-Aut
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			40-Data de Realização
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			41-Motivo da Glosa
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			42-Assinatura
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
12-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
13-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
14-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
15-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
43-Previsão de Pagamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial			
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$			
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, é (s) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/10/2000, [Assinatura]

51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/2000, [Assinatura]

52-Data, local e assinatura do Responsável Beneficiário / Responsável
13/10/2000, Mariana

53-Data, local e assinatura da Empresa
13/10/2000, [Assinatura]

Dr. Américo J. S. S. S.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº

354418
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/08 4-Data de Autorização 11/01/08 5-Senha AUTORIZADO 776176 6-Número da Guia Principal 776176 7-Data Validade da Guia 08/11/12

8-Número da Carteira 0020253063240000010105 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde LIVIA GONCALVES CORDEIRO 29/04/1999 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ADRIANA GONCALVES CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	13 6 1 0 0	0	10 0	11/01/08	12	11/01/08

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/06/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 4 4 10 0 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 11/01/08 Livia G. Cordeiro 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/08 Livia G. Cordeiro 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/08 Livia G. Cordeiro 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/08 Livia G. Cordeiro



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/10/2018 4-Dia de Autorização 12/10/2018 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7780119 7-Dia Validade da Sentença 09/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025105506017966802 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SUELI LOPES DOS SANTOS 14-Telefone 24/10/1966 15-Nome do titular do plano NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

134537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			5/12/2018		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

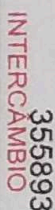
43-Dia Próximo Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Fractal 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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(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-Dentista e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante *[Assinatura]* 51-Dentista Assinatura do Cirurgião-Dentista *[Assinatura]* 52-Dentista, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável *[Assinatura]* 53-Dentista, local e Assinatura da Empresa *[Assinatura]*

Cia. Amey, S.A. Cirurgião Dentista *[Assinatura]*

2-N^a

355893
INTERCÂMBIO

14-telefone	(1 1)	[3] [4] [9] [7] - [5] [0] [3] [0]
15-Nome do titular do plano	ROSANGELA LIMA JOVANUTE	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	13	4	5	3	7	6	8	1	8	3	7	22-Nome do Contratado Executante	AMANDA SUANES DA SILVA			23-Número no CRO	122642	24-Uf	SP	25-Código UNES	
										Faturar Empresa											

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
AMANDA SUANES DA SILVA	122642	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30- Tabela	32- Descrição
31- Código do Procedimento	33- Data/Emprego
	34- Face
	35- Qtd
	36- Quantidade US
	37- Valor
	38- Franquia/Co-participação R\$
	39- Aut
	40- Data

[illegible]

	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD
2-	0	1
0	0	3
0	8	6
0	5	0
0	3	0
0	0	0
0	0	0
0	4	0
7	7	0
		5
		1
		2

[illegible]

5.

7. 

[illegible]

10

11

12

[illegible]

15

43 Data Revisão Termino do Tratamento	18/11/2012
44 Tipo de Atendimento	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Infância/Emergência
45 Tipo de Faturamento	1 - Total 2 - Parcial
46 Total Quantidade US	1 4 4 1 0 0
47 Valor Total R\$	0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional de saúde que está coordenando(a) o(a) tratamento, e a não interromper o tratamento sem a devida autorização. Autorizo a Otorrinolaringologista a pagar em meu nome e por minha conta as despesas com o tratamento, que não foram realizadas com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Otorrinolaringologista a pagar em meu nome e por minha conta as despesas com o tratamento, que não foram realizadas com meu consentimento e de forma satisfatória.

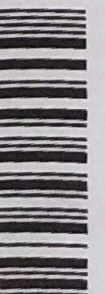
449-Observação

51-Dados locais e identificação do Empreendedor	52-Dados locais e identificação do Beneficiário / Responsável	53-Dados locais e identificação do Empreendedor
---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



355896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/08 4-Data de Autorização 13/10/08 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7783128 7-Data Validade da Série 10/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021025105506011081902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

VITOR IODELLIS RODRIGUES 19/03/1961 14-Telefone 34975030 15-Nome do titular do plano ROSANGELA LIMA JOVANUTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

34537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	5,13	3,00	5,13	05/12/08	
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	5,13	3,00	5,13	05/12/08	
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	5,13	3,00	5,13	05/12/08	
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	5,13	3,00	5,13	05/12/08	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Revisão 7-Anexo do Tratamento 13/10/08	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	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) 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Amanda Suanes da Silva

Chirurgia Dentista

CRO/SP/22.642

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



355916
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/02/2011 4-Data de Autorização 15/08/2011 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7783240 7-Data Validade da Guia 10/11/2011

8-Número da Carteira

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

13-Nome LIVIA GONCALVES CORDEIRO 29/04/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ADRIANA GONCALVES CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRM 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34-4531681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRM 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRM 122642 28-UF SP 29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	16,10	0,00			15/08/2011		fls
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Parcial	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Toda Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
2	1	1	427,00	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-Dentista Responsável Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Guia, Rec e Assinatura de Cirurgião-Dentista 52-Dentista local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dentista local e Carimbo da Empresa

Dr. Amanda Suane da Silva
Cirurgião Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



355936
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/10/2018
4-Data de Autorização 13/10/2018
5-Semina AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7783378
7-Data Validade da Semina 10/11/2018

8-Número da Carteira 002025105506008577702
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO RUSSO CAVALCANTI
20/10/1986
14-Teléfono (11) 272215135
15-Nome do titular do plano LEILA APARECIDA LATARO

16-Atendimento a RN AMANDA SUANES DA SILVA
17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 134537681837
22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA
23-Número no CRO 122642
24-UF SP
25-Código CNES 122642
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA
27-Número no CRO 122642
28-UF SP
29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200158-37 (1) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	37	1	1	533,00	0,00			13/08/2018		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMI	1	1	14,00	0,00			13/08/2018		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão do Tratamento 12/10/2018
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 547,00
47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$

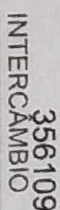
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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

Dr. Amanda Suane da Silva
Cirurgiã Dentista
CRP 192.549

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/06/2018
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/06/2018
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/06/2018
53-Data local e Assinatura do Profissional 13/06/2018

2-N



Dados do Beneficiário

LETICIA MONIZ SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA
---------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
34537681837

22-Nome do Contratado Executante
AMANDA SUANES DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante
AMANDA SUANES DA SILVA

[illegible]

CONSULTA ODONTOLOGICA

[illegible]

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

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

[illegible][illegible][illegible]

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

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523</
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

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

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

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

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia /Co-participação %
1	3	4	0	0
2	4	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	0	0	0	0
14	0	0	0	0
15	0	0	0	0
16	0	0	0	0
17	0	0	0	0
18	0	0	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	0	0	0	0
24	0	0	0	0
25	0	0	0	0
26	0	0	0	0
27	0	0	0	0
28	0	0	0	0
29	0	0	0	0
30	0	0	0	0
31	0	0	0	0
32	0	0	0	0
33	0	0	0	0
34	0	0	0	0
35	0	0	0	0
36	0	0	0	0
37	0	0	0	0
38	0	0	0	0
39	0	0	0	0
40	0	0	0	0
41	0	0	0	0
42	0	0	0	0
43	0	0	0	0
44	0	0	0	0
45	0	0	0	0
46	0	0	0	0
47	0	0	0	0
48	0	0	0	0
49	0	0	0	0
50	0	0	0	0
51	0	0	0	0
52	0	0	0	0
53	0	0	0	0
54	0	0	0	0
55	0	0	0	0
56	0	0	0	0
57	0	0	0	0
58	0	0	0	0
59	0	0	0	0
60	0	0	0	0
61	0	0	0	0
62	0	0	0	0
63	0	0	0	0
64	0	0	0	0
65	0	0	0	0
66	0	0	0	0
67	0	0	0	0
68	0	0	0	0
69	0	0	0	0
70	0	0	0	0
71	0	0	0	0
72	0	0	0	0
73	0	0	0	0
74	0	0	0	0
75	0	0	0	0
76	0	0	0	0
77	0	0	0	0
78	0	0	0	0
79	0	0	0	0
80	0	0	0	0
81	0	0	0	0
82	0	0	0	0
83	0	0	0	0
84	0	0	0	0
85	0	0	0	0
86	0	0	0	0
87	0	0	0	0
88	0	0	0	0
89	0	0	0	0
90	0	0	0	0
91	0	0	0	0
92	0	0	0	0
93	0	0	0	0
94	0	0		

1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Ortodontia	4- Cirurgia/Enfermagem
☐ 1- Total	☐ 2- Parcial	☐ 3	☐ 4

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, e forma satisfatória, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, o valor convencionado para a realização do tratamento.

[illegible]

4a. Obteniendo referencias al Vademécum realizado, comprobando que...

Dra. Angélica Silvestre Silva

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

50. Seta, local e Administração do Cirurgião-Dentista. Satisficiente

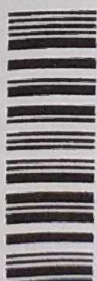
51. Pista, local e Administração do Cirurgião-Dentista

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

2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



357866
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/10/2011 4-Data de Autorização 17/10/2011 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7791897 7-Data Validade da Guia 15/11/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202527372800000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SAMARA REGINA DE FREITAS MONTEIRO 30/03/2011 14-Telefone 5246452 15-Nome do titular do plano ED CARLOS LIMA MONTEIRO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32-Nome do Contratado Excludente AMANDA SUANES DA SILVA 22-Número no CRO 122642 23-UF SP 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excludente AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 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-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Guia	42-Assinatura
1-000	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00	11,30	13/08/2011			
2-000	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00	11,30	13/08/2011			
3-000	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00	11,30	13/08/2011			
4-000	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	49,00	0,00	11,30	13/08/2011			
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$							
13/08/2011	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	196,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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-Reservação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/2011 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/2011 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2011 [Assinatura] 53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/08/2011 [Assinatura] CRO 085 122 842

Dr. Amanda Suane da Silva

CRP 085 122 842

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



359707
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão de Guia 1-9/10/8/12/01 4-Data de Autorização 12/01/08/12/01 5-Semana AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7800205 7-Data Validade da Semana 17/11/12/01

Unidade do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/53/08/20/30/00/00/10/21 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MARCELO CAMPOS SALES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LETICIA MONIZ SILVA 14-Teléfono 08/02/1994 15-Nome do titular do plano MARCELO CAMPOS SALES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13/4/5/3/7/6/8/1/8/3/7/ 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 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 Oclusão	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 1 0 0 0	10,00	11,19	08/02/2012			
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 1 0 0 0	10,00	11,19	08/02/2012			
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 1 0 0 0	10,00	11,19	08/02/2012			
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 1 0 0 0	10,00	11,19	08/02/2012			
5-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	33 V	1	6 1 1 0 0 0	10,00	15,25	08/02/2012			
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

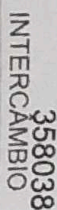
43-Data Prevista do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal 46-Total Quantidade US 12 0 1 5 1 0 0 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data Real e Assinatura do Especialista / Responsável 53-Data Real e Assinatura da Empresa

Dr. Amanda Suanes da Silva
Cirurgião-Dentista
CRO/SP 122.642

2-N^o

358038
INTERCAMBIO

12-Numero do Cadastro Nacional de SaúdeBRUNA VICTORYA CARVALHO DENSEN025 -Faturar Empresa

39-Aut	39-Aut
--------	--------

7077

1111

1111

□ □ □ □ □

[illegible]

□□□□□□□□

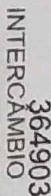
2022

1000

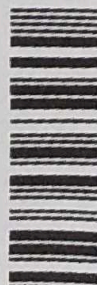
of the contract, by pro-

10

247



Amanda Suppes da Silva
Cirurgia Dentista
CROSP 122.642



365202
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 27/10/81 4-Data de Autorização 28/10/81 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7826592 7-Data Validade da Série 12/5/11 11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210215105506018855011 9-Fluio POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATA GORETE DE OLIVEIRA 15-Nome do titular do plano RENATA GORETE DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant. 40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	DO	1	88,00	0,00		12/5/11		Renata
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Alinhamento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Assinatura da Empresa

Dir. Amélia Suane da Silva

Cirurgião-Dentista

CRO 88P 122 642

49-Observação

Decido, 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.