



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



578566
INTERCÂMBIO

transparência para você

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016	4-Data de Autorização 11/06/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8679103	7-Data Validade da Guia 10/07/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025387159000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

STEFANIE DA SILVA

25/06/1994

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
STEFANIE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12507042680011	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

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-Moivo da Gesso	42-Assinatura
1-00	1000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		17/06/21		x Stephanie
2-00	18530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00		0,00		17/06/21		x Stephanie
3-00	18530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00		0,00		17/06/21		x Stephanie
4-00	18530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00		0,00		17/06/21		x Stephanie
5-00	18530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00		0,00		17/06/21		x Stephanie
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Sakem - 999580

Emendador Odontológico 123456789
CNPJ: 12345678901234

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/21 x Stephanie	53-Data, local e Cambio da Empresa 17/10/21	54-Data, local e Cambio da Empresa 17/10/21
---	---	---	--	--

Step de Silva.



561506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2015 4-Data de Autorização 12/06/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8621759 7-Data Validade da Senha 12/12/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202538278400000101010 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/12/2018 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMANDA DE OLIVEIRA ALVES

15/01/1992

15-Nome do titular do plano AMANDA DE OLIVEIRA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1250704268000 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	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	0181	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/06/2015		
2-0	0185	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/06/2015		
3-0	0185	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/06/2015		
4-0	0185	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/06/2015		
5-0	0185	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/06/2015		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/10/2015 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Soken - 664507

Empresário Odontológico 123 - NIS valores CNPJ: 10.606.276/0001-11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 02/10/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2015 53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2015

fre

fre

fre

stop de Soken

ok



566697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 4-Data de Autorização 10/1/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8639829 7-Data Validade da Semana 12/5/10 8-Data de Realização 12/11/10

8-Número da Carteira 0002025105506010043021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validação via Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MATEUS DA CRUZ CARNEIRO 14-Teléfono 16/10/2003 15-Nome do titular do plano ROSANGELA DA CRUZ

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1250704268001 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES

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

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
1-10	0	85100196	16	O	1	161,00	0,00	0,00	10/2/10	6/11/11		
2-10	0	85100196	45	O	1	61,00	0,00	0,00	10/2/10	6/11/11		
3-10	0	85100196	27	P	1	61,00	0,00	0,00	10/2/10	6/11/11		
4-10	0	85100196										
5-10	0	85100196										
6-10	0	85100196										
7-10	0	85100196										
8-10	0	85100196										
9-10	0	85100196										
10-10	0	85100196										
11-10	0	85100196										
12-10	0	85100196										
13-10	0	85100196										
14-10	0	85100196										
15-10	0	85100196										

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/2/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 183,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

Assinatura do Beneficiário: *Mateus da Cruz Carneiro* Assinatura do Profissional Solicitante: *Elisabete Monteiro Schaffer* Assinatura do Profissional Executante: *Elisabete Monteiro Schaffer*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/2010 *Elisabete Monteiro Schaffer* 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2010 *Elisabete Monteiro Schaffer* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2010 *Mateus da Cruz Carneiro* 53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2010 *Interchange*

Endereço: Rua Odontologia, 10635-276, 0091-11, CEP: 10635-276