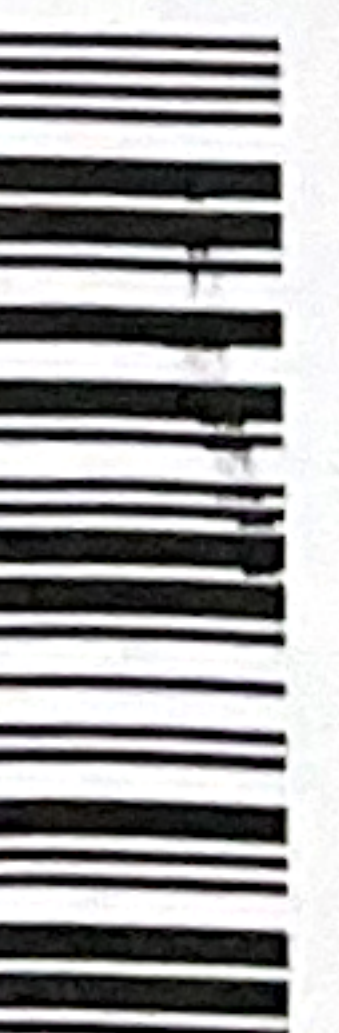




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2016	4-Data de Autorização 11/08/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14013314	7-Data Validade da Senha 11/09/2015	2353028 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

8-Número da Carteira 0002025114188000002402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DEXCO SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CRISTIANE LAUREANO RAFAEL	14-Telefone (48) 343413549	15-Nome do titular do plano ADILSON RABELLO MARTINS
--------------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES	18-Número no CRO 21309	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185	22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 21309	24-UF SC	25-Código CNES 99999999
26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES	27-Número no CRO 21309	28-UF SC	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 Gloriosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	40,00	0,00			5/23/06/2015		Xcontorn
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/10/6/12/15	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/10/6/12/15	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/10/6/12/15	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/10/6/12/15	Dra. Jyme-Maia Rodrigues Cirurgião-Dentista CRO/SC 21309
--	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 28/05/25 4-Data de Autorização 28/05/25 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13932660 7-Data Validade da Senha 26/08/25

2328877
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114188000007301

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DEXCO SA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RODOLFO MOTTA

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano RODOLFO MOTTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES

18-Número no CRO 21309

19-UF SC

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185

22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME

23-Número no CRO 21309

24-UF SC

25-Código CNES 99999999

26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES

27-Número no CRO 21309

28-UF SC

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-Valor
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/06/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

Dra. Jyme Maia Rodrigues
Cirurgião-Dentista
CRO/SC 21309



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2015 4-Data de Autorização 16/10/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13995978 7-Data Validade da Senha 11/10/2015

2347999 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025253071000032031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIGUEL SILVA DE BRIDA

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano FLAVIO DE BRIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES

18-Número no CRO 21309

19-UF SC

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185

22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME

23-Número no CRO 21309

24-UF SC

25-Código CNES 99999999

26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES

27-Número no CRO 21309

28-UF SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento 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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	5116/013/215				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Jyme Maia Rodrigues

Cirurgião-Dentista CRO/SC-21309



Parâmetros para o sistema

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/09/25 4-Data de Autenticação 10/09/25 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14337348 7-Data Validade da Senha 04/11/25 2453879 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025025307100180401 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CAROLINA DA SILVA RODRIGUES 31/03/1995 14-Telefone () -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Nome do Titular do Plano CAROLINA DA SILVA RODRIGUES 16-Atendimento a RVN 17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES 18-Número no CRO 21309 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185 22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME 23-Número no CRO 21309 24-UF SC 25-Código CNES 9999999 26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES 27-Número no CRO 21309 28-UF SC 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-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		S	18/09/25		Carolina Reding
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 18/09/25 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/25 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/25 Carolina Reding 53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/25

Dra. Jyme Maia Rodrigues
Cirurgiã-Dentista
CRO/SC 21309



2474806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/09 12/5 4-Data de Autorização 12/3/09 12/5 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14399136 7-Data Validade da Senha 12/1/11 12/5

8-Número da Carteira 00202525307000005301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12/1/11 12/5 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707606241773492

13-Nome NILSEIA FELTRIN 14-Telefone (24) 33547990 15-Nome do titular do plano NILSEIA FELTRIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES 18-Número no CRO 21309 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185 22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME 23-Número no CRO 21309 24-UF SC 25-Código CNES 99999999

26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES 27-Número no CRO 21309 28-UF SC 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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		140,00	0,00			5/2/9/09/25		Nilseia
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 140,00 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

Dra. Jyme Maia Rodrigues
Cirurgião-Dentista
CRO/SC 21309

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/09/2015 4-Data de Autorização 09/09/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14332573 7-Data Validade da Senha 03/11/2015

2452254
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025025307100183301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DOUGLAS AGUIAR DE LIMA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano DOUGLAS AGUIAR DE LIMA 16-Data de Nascimento 10/02/1996

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES 18-Número no CRO 21309 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185 22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME 23-Número no CRO 21309 24-UF SC 25-Código CNES 99999999 26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES 27-Número no CRO 21309 28-UF SC 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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		5	12/09/2015		Xsoufior
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2015 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2015

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

Dra. Jyme Maia Rodrigues
Cirurgiã Dentista
CRO/SC 21309