

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



308781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/7/04/20

4-Data de Autorização 11/11/11

5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO

7-Data Validade da Senha 12/6/10/7/20

8-Número da Carteira 0020250524350007301

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa ANAUSTRA ASSOC NACIONAL

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELA LAUTENSCHLAGER

28/08/1982

14-Telefone (11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER

Declaro do Contadado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO 22994

19-UF RS

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00149314560158

22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO 22994

24-UF RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO 22994

28-UF RS

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 Cisão	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6,10,10	10,10,10	11,28,104,120	11	28/10/04	20	11
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6,10,10	10,10,10	11,28,104,120	11	28/10/04	20	11
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6,10,10	10,10,10	11,28,104,120	11	28/10/04	20	11
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6,10,10	10,10,10	11,28,104,120	11	28/10/04	20	11
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento

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 1144,10,10

47-Valor Total R\$ 10,10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

39-5. O problema no sistema e guia estão autorizada nos não deu pl imprimir cl o campo

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/04/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994



Inscrição nº 00000000000000000000000000000000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 14/12/10	4-Data de Autorização 10/7/10 5/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7533392	7-Data Validada da Guia 12/6/10 17/12/10
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	---

308781
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1010210250524350000713011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANAUJSTRA ASSOC NACIONAL	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GABRIELA LAUTENSCHLAGER	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	28/08/1982	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	------------	--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	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-Molho da Cixa	42-Assinatura
1-1010	8530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	1010	101010	1128	101122	1122	1122	
2-1010	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	1010	101010	1128	101122	1122	1122	
3-1010	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	1010	101010	1128	101122	1122	1122	
4-1010	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	1010	101010	1128	101122	1122	1122	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 1441010 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10 14/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 14/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
27/10/2015

4-Data de Autorização
11/11/11

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
308779

7-Data Validade da Senha
12/10/17

8-Data do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120125052435000073012

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
GIOVANNA LAUTENSCHLAGER

14-Telefone
() -

15-Nome do Titular do plano
GABRIELA LAUTENSCHLAGER

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO
22994

19-UF
RS

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00493456058

22-Nome do Contratado Executante
FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO
22994

24-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO
22994

28-UF
RS

29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Descrição
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

32-Dente/Região
11

33-Face
1

34-Cid
72

35-Quantidade US
10

36-Valor
0,10

37-Franquia/Co-participação R\$
1101102121

38-Aut

39-Data de Realização

40-Motivo da Gloriosa

41-Atividade

42-Atividade

43-Atividade

44-Atividade

45-Atividade

46-Atividade

47-Atividade

48-Atividade

49-Atividade

50-Atividade

51-Atividade

52-Atividade

53-Atividade

54-Atividade

55-Atividade

56-Atividade

57-Atividade

58-Atividade

59-Atividade

60-Atividade

61-Atividade

62-Atividade

63-Atividade

64-Atividade

65-Atividade

66-Atividade

67-Atividade

68-Atividade

69-Atividade

70-Atividade

71-Atividade

72-Atividade

73-Atividade

74-Atividade

75-Atividade

76-Atividade

77-Atividade

78-Atividade

79-Atividade

80-Atividade

81-Atividade

82-Atividade

83-Atividade

84-Atividade

85-Atividade

86-Atividade

87-Atividade

88-Atividade

89-Atividade

90-Atividade

91-Atividade

92-Atividade

93-Atividade

94-Atividade

95-Atividade

96-Atividade

97-Atividade

98-Atividade

99-Atividade

100-Atividade

101-Atividade

102-Atividade

103-Atividade

104-Atividade

105-Atividade

106-Atividade

107-Atividade

108-Atividade

109-Atividade

110-Atividade

111-Atividade

112-Atividade

113-Atividade

114-Atividade

115-Atividade

116-Atividade

117-Atividade

118-Atividade

119-Atividade

120-Atividade

121-Atividade

122-Atividade

123-Atividade

124-Atividade

125-Atividade

126-Atividade

127-Atividade

128-Atividade

129-Atividade

130-Atividade

131-Atividade

132-Atividade

133-Atividade

134-Atividade

135-Atividade

136-Atividade

137-Atividade

138-Atividade

139-Atividade

140-Atividade

141-Atividade

142-Atividade

143-Atividade

144-Atividade

145-Atividade

146-Atividade

147-Atividade

148-Atividade

149-Atividade

150-Atividade

151-Atividade

152-Atividade

153-Atividade

154-Atividade

155-Atividade

156-Atividade

157-Atividade

158-Atividade

159-Atividade

160-Atividade

161-Atividade

162-Atividade

163-Atividade

164-Atividade

165-Atividade

166-Atividade

167-Atividade

168-Atividade

169-Atividade

170-Atividade

171-Atividade

172-Atividade

173-Atividade

174-Atividade

175-Atividade

176-Atividade

177-Atividade

178-Atividade

179-Atividade

180-Atividade

181-Atividade

182-Atividade

183-Atividade

184-Atividade

185-Atividade

186-Atividade

187-Atividade

188-Atividade

189-Atividade

190-Atividade

191-Atividade

192-Atividade

193-Atividade

194-Atividade

195-Atividade

196-Atividade

197-Atividade

198-Atividade

199-Atividade

200-Atividade

201-Atividade

202-Atividade

203-Atividade

204-Atividade

205-Atividade

206-Atividade

207-Atividade

208-Atividade

209-Atividade

210-Atividade

211-Atividade

212-Atividade

213-Atividade

214-Atividade

215-Atividade

216-Atividade

217-Atividade

218-Atividade

219-Atividade

220-Atividade

221-Atividade

222-Atividade

223-Atividade

224-Atividade

225-Atividade

226-Atividade

227-Atividade

228-Atividade

229-Atividade

230-Atividade

231-Atividade

232-Atividade

233-Atividade

234-Atividade

235-Atividade

236-Atividade

237-Atividade

238-Atividade

239-Atividade

240-Atividade

241-Atividade

242-Atividade

243-Atividade

244-Atividade

245-Atividade

246-Atividade

247-Atividade

248-Atividade

249-Atividade

250-Atividade

251-Atividade

252-Atividade

253-Atividade

254-Atividade

255-Atividade

256-Atividade

257-Atividade

258-Atividade

259-Atividade

260-Atividade

261-Atividade

262-Atividade

263-Atividade

264-Atividade

265-Atividade

266



308779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/04 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 308779 7-Data Validade da Semeta 12/11/07 12/11/07 12/11/07

8-Número da Carteira 10 0 2 10 2 5 0 5 2 4 3 5 0 0 0 0 7 3 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANAUSTRA ASSOC NACIONAL 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIOVANA LAUTENSCHLAGER 01/04/2015 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 10 0 4 9 3 4 5 6 0 5 8 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 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 Glisa 42-Assinatura

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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 Glisa	42-Assinatura
	1-10 0 8 4 0 0 0 0 9 10	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 10 0	0 10 0 0	11 0 1 0 5 1 2 0 1				
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 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 17 2 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 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) 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: *tem problema no sistema e não está imprimindo mais nada mas deu pl imprimir com o sempre*

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

**Dados do Beneficiário**

13-Nome	GIOVANA LAUTENSCHLAGE
14-1-Telefono	01/04/2015
15-Nome do titular do plano	GABRIELA LAUTENSCHLAGER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-CEP 025 -	21-Endereço Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	------------------------	---------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10 0 4 9 3 4 5 6 0 5 8
22-Nome do Contratado Especimente	FRANCIELE BATISTI
23-Número no CRO	22994
24-UF	RS
25-Código CNEC	

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-U/F RS	29-Código CBO S
---	----------------------------------	---------------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
-----------	---------------------------	--------------	--------------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------

[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
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible]

9

[illegible][illegible]

10

[illegible][illegible][illegible]

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total 2-Parcial

☐ 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

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

49-Observação

Prand
teja - D
122.95

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
10/10/2010	10/10/2010		

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-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 3/12/10 4-Data de Autorização 12/08/10 14/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7462886 7-Data Validade da Sentença 10/05/10 16/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 01020215051243500010731021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome GABRIELA LAUTENSCHLAGER 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

13-Nome GIOVANA LAUTENSCHLAGER 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

16-Atendimento a RV FRANCIELE BATTISTI 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10041934516058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Código de Procedimento Solicitado 31-Código do Procedimento 32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dente/Região 72 MV 34-Face 1 35-Clid 8 36-Quantidade US 8 37-Valor 0,10 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 5104105100 40-Data de Realização 41-Motivo da Gloriosa 42-Ar

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Ar
1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												
21-												
22-												
23-												
24-												
25-												
26-												
27-												
28-												
29-												
30-												
31-												
32-												
33-												
34-												
35-												
36-												
37-												
38-												
39-												
40-												
41-												
42-												
43-												
44-												
45-												
46-												
47-												
48-												
49-												
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-												

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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-p

49-Observação Devido a pandemia a guia não pode ser emitida em março, mas paciente só re

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

7.º Data Validade da Sentença
10/05/2016

12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

6.º Número da Guia Principal
7462886

5.º Sentença
AUTORIZADO

4.º Data de Autorização
12/08/2014

1.º Registro AAS
406414

3.º Data de Emissão da Guia
07/10/2013

9.º Plano
POS REDE PRESTADORA

10.º Empresa
ANAUSTRASSOC NACIONAL

11.º Data Validade da Carteira
11/11/11

15.º Nome do titular do plano
GABRIELA LAUTENSCHLAGER

8.º Número da Carteira
0002025052143500007302

01/04/2015

14.º Telefone
() -

13.º Nome
GIOVANA LAUTENSCHLAGER

18.º Número no CRO
22994

19.º UF
RS

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

16.º Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTISTI

17.º Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTISTI

22.º Nome do Contratado Executante
FRANCIELE BATTISTI

23.º Número no CRO
22994

24.º UF
RS

25.º Código CNES
(1) 85100200

21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF
00493456058

27.º Número no CRO
22994

28.º UF
RS

29.º Código CBO S

26.º Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

38.º Franquia/Co-participação R\$

39.º Aut

40.º Data de Realização

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Tabela
31.º Código do Procedimento
1-0085100200

32.º Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33.º Dentista/Região
72

34.º Face
MV

35.º Qtd
1

36.º Quantidade US
88,00

37.º Valor
0,00

38.º Valor
0,00

39.º Valor
0,00

40.º Valor
0,00

41.º Valor
0,00

42.º Valor
0,00

43.º Valor
0,00

44.º Valor
0,00

45.º Valor
0,00

46.º Valor
0,00

47.º Valor
0,00

48.º Valor
0,00

43.º Data Previsto Término do Tratamento

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

45.º Tipo de Faturamento
1-1.º Total 2-Parcial

46.º Total Quantidade US
88,00

47.º Valor Total R\$
10,00

48.º Total

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

49.º Observação

Devido a pendência a guia não sendo emitida em março, mas paciente se

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

51.º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53.º Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Franciele Battisti
CRO 22-994



297794
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/07/10 3-1/2 10 4-Data de Autorização 12/08/10 4-1/2 10 5-Semana AUTORIZADO 7462886 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Guia 10/05/10 6-1/2 10

297794
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 5-0 5 2 4 3 5 0 0 0 0 7 3 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANAUSTRA ASSOC NACIONAL 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIOVANA LAUTENSCHLAGE 01/04/2015 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/04/93 4 5 6 0 5 8 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	72	MV	1	18 8 1 0 1 0	10 1 0 1 0	10 1 0 1 0	10 1 0 1 0	10 1 0 1 0	10 1 0 1 0
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 18 8 1 0 1 0 47-Valor Total R\$ 10 1 0 1 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) 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Devido a pandemia a guia não pode ser emitida em papel, mas paciente se encontra bem depois do procedimento

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

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



298045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 4-Data de Autenticação 12/08/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7464020 7-Data Validade da Senha 10/07/16

8-Número da Carteira 10/02/12 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIOVANA LAUTENSCHLAGER 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/04/93 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

30-Ítabela	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											
1-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8	RESTAURAÇÃO RESINA	51	IMP	1	1	2	2	1	0	1	0	10/05/2010		
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

43-Data Previsão Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento				46-Total Quantidade US				47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / Co-participação R\$			
☐ 1-1																							

43-Data Prevista 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-Parcial 46-Total Quantidade US 1 2 2 1 0 0 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: Devendo a pendência a guia ficar bem depois do procedimento. emitida em março mas paciente só retornou

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

2º



300088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/03/20	4-Data de Autorização 12/08/04/20	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7475089	7-Data Validade da Semeta 10/09/06/20
--------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

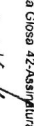
8-Número da Carteira 00020250524350007301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANAUSTRASSOC NACIONAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GABRIELA LAUTENSCHLAGER	28/08/1982	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIELA LAUTENSCHLAGER
------------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 00493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	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 Classe	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	34	00	0,00	51,28	04/20		
2-												
3-1												
4-												
5-1												
6-												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Alendimento				45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial		34 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(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
	28/08/04/20		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



301629
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2013 4-Data de Autorização 12/13/2014 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7483023 7-Data Validade da Semeta 11/12/2016

8-Data do Beneficiário

9-Número da Carteira 010202152809130100010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome LARYSSA DELLA FLORA DE OLIVEIRA 22/12/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LARYSSA DELLA FLORA DE OLIVEIRA

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1004913456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Fato de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denome/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	18	1	1	3,4	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	
2	00	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7,3	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	
3	00	EXODONTIA SIMPLES DE	44	0	1	7,3	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	
4	00	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6,1	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	
5	00	RESTAURAÇÃO RESINA										
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 302100 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 no 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 v

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



Isa Qualificase para vida melhor

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



327: INTERCÂMB

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/06 12:01

4-Data de Autorização
12/3/06 12:01

5-Será
AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal
7648384

7-Data Validade da Serina
11/8/09 12:01

8-Numero da Carteira

0002025303523000001011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

REJANE SANTOS DA SILVA

14/03/1975

14-Telefone

15-Nome do titular do Plano

REJANE SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
FRANCIELE BATTISTI

22-Nome do Contratado Executante
FRANCIELE BATTISTI

18-Numero no CRO
22994

19-UF
RS

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10014934560581

23-Numero no CRO
22994

24-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

27-Numero no CRO
22994

28-UF
RS

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00			5	23/10/06	X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60			5	23/06/06	X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60			5	23/06/06	X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60			5	23/06/06	X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60			5	23/06/06	X
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60			5	23/06/06	X
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação

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 do tratamento, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s). (foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, o 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

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



na qualidade de representante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



327573
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/01/06 12:01	4-Dia de Autorização 12/31/06 12:01	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648384	7-Dia Válida da Santa 18/01/09 12:01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0102025303523000001011	9-Pano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome REJANE SANTOS DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano REJANE SANTOS DA SILVA
-----------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 010493456058	22-Nome do Contratado Escudante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Escudante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-00081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Cid 34	36-Quantidade US 10	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 1231125120	39-Aut 1231125120	40-Dia de Realização 12/01/06	41-Motivo da Classa 1231125120	42-Assinatura
---	---------------------------------------	----------------------	--------------	--------------	------------------------	------------------	---	----------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------

2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	10	0,00	12311251120	12311251120	12/01/06	12311251120	12311251120
---------------	-------------------------	------	---	----	----	------	-------------	-------------	----------	-------------	-------------

3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	10	0,00	12311251120	12311251120	12/01/06	12311251120	12311251120
---------------	-------------------------	------	---	----	----	------	-------------	-------------	----------	-------------	-------------

4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	10	0,00	12311251120	12311251120	12/01/06	12311251120	12311251120
---------------	-------------------------	------	---	----	----	------	-------------	-------------	----------	-------------	-------------

5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	10	0,00	12311251120	12311251120	12/01/06	12311251120	12311251120
---------------	-------------------------	------	---	----	----	------	-------------	-------------	----------	-------------	-------------

6-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
---------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
---------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
---------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
---------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
----------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 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\$ 11,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Dia, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dra. Franciele Battisti
Cirurgia - Dentista
CRO 22.994

Rejane Santos da Silva

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



324951
INTERCAMBIO

406414

Registro ANS

3-Dia de Emissão da Guia
11/06/2011

4-Dia de Autorização
11/06/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7636519

7-Dia Validade da Senha
11/09/2011

8-Número da Carteira

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

GUILHERME ARTHUR SCHNEIDER

14-Telefone

17/12/1992

15-Nome do titular do plano

GUILHERME ARTHUR SCHNEIDER

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO

22994

19-UF

RS

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1010493456058

22-Nome do Contratado Executante

FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO

22994

24-UF

RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO

22994

28-UF

RS

29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento

EXODONTIA SIMPLES DE

28

32-Dente/Região

34-Face

35-Dist

36-Quantidade US

73,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

513106/22

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

73,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

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 Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura da Empresa

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura da Empresa

97-Data, local e Assinatura da Empresa

98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura da Empresa

100-Data, local e Assinatura da Empresa

101-Data, local e Assinatura da Empresa

102-Data, local e Assinatura da Empresa

103-Data, local e Assinatura da Empresa

104-Data, local e Assinatura da Empresa

105-Data, local e Assinatura da Empresa

106-Data, local e Assinatura da Empresa

107-Data, local e Assinatura da Empresa

108-Data, local e Assinatura da Empresa

109-Data, local e Assinatura da Empresa

110-Data, local e Assinatura da Empresa

111-Data, local e Assinatura da Empresa

112-Data, local e Assinatura da Empresa

113-Data, local e Assinatura da Empresa

114-Data, local e Assinatura da Empresa

115-Data, local e Assinatura da Empresa

116-Data, local e Assinatura da Empresa

117-Data, local e Assinatura da Empresa

118-Data, local e Assinatura da Empresa

119-Data, local e Assinatura da Empresa

120-Data, local e Assinatura da Empresa

121-Data, local e Assinatura da Empresa

122-Data, local e Assinatura da Empresa

123-Data, local e Assinatura da Empresa

124-Data, local e Assinatura da Empresa

125-Data, local e Assinatura da Empresa

126-Data, local e Assinatura da Empresa

127-Data, local e Assinatura da Empresa

128-Data, local e Assinatura da Empresa

129-Data, local e Assinatura da Empresa

130-Data, local e Assinatura da Empresa

131-Data, local e Assinatura da Empresa

132-Data, local e Assinatura da Empresa

133-Data, local e Assinatura da Empresa

134-Data, local e Assinatura da Empresa

135-Data, local e Assinatura da Empresa

136-Data, local e Assinatura da Empresa

137-Data, local e Assinatura da Empresa

138-Data, local e Assinatura da Empresa

139-Data, local e Assinatura da Empresa

140-Data, local e Assinatura da Empresa

141-Data, local e Assinatura da Empresa

142-Data, local e Assinatura da Empresa

143-Data, local e Assinatura da Empresa

144-Data, local e Assinatura da Empresa

145-Data, local e Assinatura da Empresa

146-Data, local e Assinatura da Empresa

147-Data, local e Assinatura da Empresa

148-Data, local e Assinatura da Empresa

149-Data, local e Assinatura da Empresa

150-Data, local e Assinatura da Empresa

151-Data, local e Assinatura da Empresa

152-Data, local e Assinatura da Empresa

153-Data, local e Assinatura da Empresa

154-Data, local e Assinatura da Empresa

155-Data, local e Assinatura da Empresa

156-Data, local e Assinatura da Empresa

157-Data, local e Assinatura da Empresa

158-Data, local e Assinatura da Empresa

159-Data, local e Assinatura da Empresa

160-Data, local e Assinatura da Empresa

161-Data, local e Assinatura da Empresa

162-Data, local e Assinatura da Empresa

163-Data, local e Assinatura da Empresa

164-Data, local e Assinatura da Empresa

165-Data, local e Assinatura da Empresa

166-Data, local e Assinatura da Empresa

167-Data, local e Assinatura da Empresa

168-Data, local e Assinatura da Empresa

169-Data, local e Assinatura da Empresa

170-Data, local e Assinatura da Empresa

171-Data, local e Assinatura da Empresa

172-Data, local e Assinatura da Empresa

173-Data, local e Assinatura da Empresa

174-Data, local e Assinatura da Empresa

175-Data, local e Assinatura da Empresa

176-Data, local e Assinatura da Empresa

177-Data, local e Assinatura da Empresa

178-Data, local e Assinatura da Empresa

179-Data, local e Assinatura da Empresa

180-Data, local e Assinatura da Empresa

181-Data, local e Assinatura da Empresa

182-Data, local e Assinatura da Empresa

183-Data, local e Assinatura da Empresa

184-Data, local e Assinatura da Empresa

185-Data, local e Assinatura da Empresa

186-Data, local e Assinatura da Empresa

187-Data, local e Assinatura da Empresa

188-Data, local e Assinatura da Empresa

189-Data, local e Assinatura da Empresa

190-Data, local e Assinatura da Empresa

191-Data, local e Assinatura da Empresa

192-Data, local e Assinatura da Empresa

193-Data, local e Assinatura da Empresa

194-Data, local e Assinatura da Empresa

195-Data, local e Assinatura da Empresa

196-Data, local e Assinatura da Empresa

197-Data, local e Assinatura da Empresa

198-Data, local e Assinatura da Empresa

199-Data, local e Assinatura da Empresa

200-Data, local e Assinatura da Empresa

201-Data, local e Assinatura da Empresa

202-Data, local e Assinatura da Empresa

203-Data, local e Assinatura da Empresa

204-Data, local e Assinatura da Empresa

205-Data, local e Assinatura da Empresa

206-Data, local e Assinatura da Empresa

207-Data, local e Assinatura da Empresa

208-Data, local e Assinatura da Empresa

209-Data, local e Assinatura da Empresa

210-Data, local e Assinatura da Empresa

211-Data, local e Assinatura da Empresa

212-Data, local e Assinatura da Empresa

213-Data, local e Assinatura da Empresa

214-Data, local e Assinatura da Empresa

215-Data, local e Assinatura da Empresa

216-Data, local e Assinatura da Empresa

217-Data, local e Assinatura da Empresa

218-Data, local e Assinatura da Empresa

219-Data, local e Assinatura da Empresa

220-Data, local e Assinatura da Empresa

221-Data, local e Assinatura da Empresa

222-Data, local e Assinatura da Empresa

223-Data, local e Assinatura da Empresa

224-Data, local e Assinatura da Empresa

225-Data, local e Assinatura da Empresa

226-Data, local e Assinatura da Empresa

227-Data, local e Assinatura da Empresa

228-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o ANO



319076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/016/12/01 4-Data de Autorização 10/3/1106/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7605332 7-Data Validade da Senha 13/01/108/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020125281126010001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GUILHERME ARTHUR SCHNEIDER 17/12/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GUILHERME ARTHUR SCHNEIDER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10104193451610518 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura
1-010181100101065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	34,10	0,10	0,10		15/03/06		
2-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
3-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
4-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
5-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
6-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
7-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
8-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
9-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
10-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
11-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
12-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
13-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
14-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
15-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	36,10	0,10	0,10		15/03/06		
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
						1-Total 2-Parcial	1178,10	0,10				

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

49-Observação

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

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



320075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/06 4-Data de Autorização 10/8/06 5-Senha AUTORIZADO 7611113 6-Número da Guia Principal 7611113 7-Data Validade da Senha 10/1/09 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Data Validade da Carteira 14-Telefone 15-Número do Têlex do plano 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

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

16-Adiantamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/04/93 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código ONES 05100226 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fixo	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	08	510226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IMPV	1	122,00	10,00	5108/06/20			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 122,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 Carimbo da Empresa

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994