



303213
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 7490992	7-Data Validade da Senha 16/10/12
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202507517100028201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	
13-Nome ELAINE CRISTINA GUAZELI		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA GUAZELI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	18-Número no CRO 117199	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801	22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	23-Número no CRO 117199	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	27-Número no CRO 117199	28-UF SP	29-Código CBO S	

Dr^a Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Danielle
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Danielle
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Danielle
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Danielle
5-	0085100031	CLAREAMENTO A LASER	AS		1	2575,00	1184,50		P			
6-	0085100031	CLAREAMENTO A LASER	AI		1	2575,00	1184,50		P			
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5294,00	47-Valor Total R\$ 2369,00	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.

9-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/20 Elaine C. Guazeli	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/06/20 Dr ^a Danielle de Almeida Silva Cirurgiã Dentista CROSP: 117.199
---	---	---	--



312813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/20	4-Data de Autorização 14/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7559896	7-Data Validade da Senha 11/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202507517100028201						
13-Name ELAINE CRISTINA GUAZELI		14-Telefone 14/08/1979		15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA GUAZELI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 117199		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Dr ^a Danielle de Almeida Silva Cirurgiã Dentista CROSP: 117.199
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801		22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		23-Número no CRO 117199	24-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		27-Número no CRO 117199		28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		43	V	1	61,00	0,00	S	18/05/20	Elaine
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		44	V	1	61,00	0,00	S	18/05/20	Elaine
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		46	V	1	61,00	0,00	S	21/05/20	Elaine
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		34	V	1	61,00	0,00	S	21/05/20	Elaine
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		14	V	1	61,00	0,00	S	25/05/20	Elaine
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		24	V	1	61,00	0,00	S	25/05/20	Elaine
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		23	V	1	61,00	0,00	S	25/05/20	Elaine
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		33	V	1	61,00	0,00	S	29/05/20	Elaine
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		32	V	1	61,00	0,00	S	29/05/20	Elaine
10-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	S	13/05/20	Elaine
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 583,00	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 29/05/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/05/20 [Assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/20 Elaine C. Guazeli	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]

Dr^a Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199