

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/11/12 4-Data de Autorização 12/11/12 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8160400 7-Data Validade da Sentença 12/11/13

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202539760000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MAIDESSON DE SOUSA SILVA 26/08/1996 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano MAIDESSON DE SOUSA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05139289105 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CBO S (I) 81000421-

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	811000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00	0,00					Maiedsson
2-0	0	811000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00					Maiedsson
3-0	0	811000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	0,00					Maiedsson
4-0	0	811000421	RX PERIAPICAL	RME	1	14,00	0,00					Maiedsson
5-0	0	811000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	0,00					Maiedsson
6-0	0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ		1	73,00	0,00					Maiedsson
7-0	0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ		1	73,00	0,00					Maiedsson
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

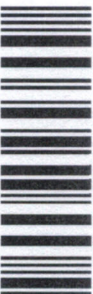
43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 216,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/12 51-Data local e Assinatura do Cirurgião 15/10/12 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/12 53-Data local e Assinatura da Empresa

Carla Cristina Maldaner Dentista CRO-MT 8536
Carla Cristina Maldaner Dentista CRO-MT 8536
Maiedsson de Sousa Silva



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11	4-Data de Autorização 11/01/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8205814	7-Data Validade da Senha 11/01/11
-----------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------	------------------------------------	-----------------------------------

456133
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025343477000010101	9-Fruto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WELLINGTON LOPES DO COUTO	08/03/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON LOPES DO COUTO
-----------------------------------	------------	---------------------------	---

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
-----------------------	--	-----------------------	----------	-----------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

0511392819105	CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CNES
---------------	----------------------------------	-----------------------	----------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO 8536	28-UF MT	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 Oclusa	42-Assinatura
1-000	8110000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				11/01/11		Wellington
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00				11/01/11		Wellington
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00				11/01/11		Wellington
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00				11/01/11		Wellington
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00				11/01/11		Wellington
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	--------------------------------	--------------------------	---

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

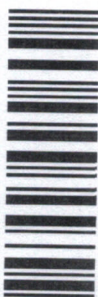
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Carla Cristina Maldaner
CRO-MT 8536
Carla Cristina Maldaner
CRO-MT 8536
Wellington Lopes
de Couto

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24%

441486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/5/11/2/12/10	4-Data de Autorização 11/6/11/2/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8148450	7-Data Validade da Senha 11/5/11/03/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 101012012151342875101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JANETE DOS SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JANETE DOS SANTOS
------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10151139128911051111

22-Nome do Contratado Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO
853619-UF
MT

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

25-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

23-Número no CRO
853624-UF
MT

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO
853628-UF
MT

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-10	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,10	10,10	10,10	1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
2-10	0184000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	10,10	10,10	1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
3-10	0184000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	10,10	10,10	1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
4-10	0184000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	10,10	10,10	1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
5-10	0184000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	10,10	10,10	1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
6-1			1	1	1	35,10	10,10	10,10	1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
7-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
8-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
9-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
10-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
11-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
12-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
13-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
14-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11
15-1			1	1	1				1	11/6/11/12/11	1	11/6/11/12/11

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 1174,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,11
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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, assim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/6/11/12/10 9999	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/6/11/12/10 8888	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/6/11/12/10 Janete dos Santos	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 11/6/11/12/10 1111
---	---	--	--

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

2-N^o461303
INTERCÂMBIOÚdelt

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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- Tranq.Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da GRS	42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	------------------	----------	---------	-------------------	-----------	-------------------------------	---------	------------------------	-------------------	----------------

[illegible][illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible]

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

[illegible]A vertical ruler with markings from 0 to 10 centimeters. The markings are as follows: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Each centimeter is further divided into millimeters.

10

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

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

[illegible]

4

[illegible]

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

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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.

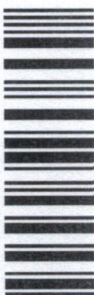
2.2. Os custos de aquisição e de manutenção dos bens e serviços contratados, bem como os custos de transporte e de armazenagem, deverão ser incluídos no preço de venda, sem qualquer adicional, e não serão cobrados separadamente.

49-Questão

Be a champion of change.

(Signature)

[illegible][illegible]



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 11/12/11 4-Data de Autorização 12/5/10 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 8229876 6-Número da Guia Principal 461299 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 10/02/02 15/09/05 3/00/00 00/01/01 11 9-Idade POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/5/10 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

JOSIANE BARBOZA ROCHA 17/10/1989 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JOSIANE BARBOZA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10/5/13 9/2 8/9 1 0/5 1 1 1 22-Nome do Contratado Excludente CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excludente

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 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-Medro da Gênes	42-Assinatura
1-10	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
2-10	10	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
3-10	10	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
4-10	10	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
5-10	10	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
6-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
7-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
8-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
9-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
10-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
11-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
12-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
13-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
14-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
15-1	1		1	1	1	3,5	10,00	0,00	1	12/5/10	11/12/11	198
43-Data Previsto 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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	17,4	10,00	0,00							

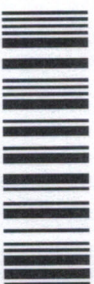
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/10 11/12/11 Carla Cristina Maldaner 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Excludente 12/5/10 11/12/11 Carla Cristina Maldaner 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/5/10 11/12/11 53-Data, local e Contato da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºª



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2007 4-Data de Autorização 10/05/2007 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8170308 7-Data Validade da Sentença 10/04/2014 8-Data Validade da Guia 10/04/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/2015 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 10/04/2014 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIKAELLY VITORIA GOMES RIBEIRO 14-Teléfono 10/06/2007 15-Nome do titular do plano ROBERTA GOMES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/05/2013 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0-0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			10/05/2014		Roberta
2-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00			10/05/2014		Roberta
3-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00			10/05/2014		Roberta
4-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00			10/05/2014		Roberta
5-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00			10/05/2014		Roberta
6-0-0												
7-0-0												
8-0-0												
9-0-0												
10-0-0												
11-0-0												
12-0-0												
13-0-0												
14-0-0												
15-0-0												

43-Data Prevista 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 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

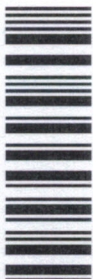
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

Carla Cristina Maldaner da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/05/2014 Carla Cristina Maldaner da Silva Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2014 Roberta Gomes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2014 Roberta Gomes 53-Data, local e Carimbo da Empresa

446913 INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2011 4-Data de Autorização 10/05/2011 5-Senha AUTORIZADO 8170303 6-Número da Guia Principal 8170303 7-Data Validade da Senha 10/04/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253451270000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome

GRACE KELLY GOMES RIBEIRO 09/06/2005 14-Telefone

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1051392891105 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/05/2011		Roberta
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				10/05/2011		Roberta
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				10/05/2011		Roberta
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				10/05/2011		Roberta
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				10/05/2011		Roberta
6-00												
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 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a pagar, conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista e Solicitante 10/05/2011/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista e Solicitante 10/05/2011/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2011/21/Roberta Gomes 53-Data, local e Caimento da Empresa

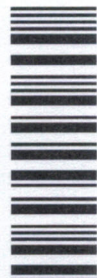
Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



446911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/2011

4-Data de Autorização
10/05/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8170302

7-Data Validade da Senha
10/04/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202534512700000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
10/04/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROBERTA GOMES

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ROBERTA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO
8536

19-UF
MT

20-Código CBO S

21-UF
MT

22-Código CHES

23-Código CBO S

24-UF
MT

25-Código CBO S

26-UF
MT

27-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
051139289105

22-Nome do Contratado Executante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

23-Número no CRO
8536

24-UF
MT

25-Código CHES

26-UF
MT

27-Código CBO S

28-UF
MT

29-Código CBO S

30-UF
MT

31-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO
8536

28-UF
MT

29-Código CHES

30-UF
MT

31-Código CBO S

32-UF
MT

33-Código CBO S

34-UF
MT

35-Código CBO S

36-UF
MT

37-Código CBO S

38-UF
MT

39-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

1-0008100065 CONSULTA ODONTOLÓGICA

1111341000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

2-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

3-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

4-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

5-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

6-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

7-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

8-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

9-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

10-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

11-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

12-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

13-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

14-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

15-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

16-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

17-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

18-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

19-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

20-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

21-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

105101121

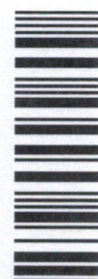
22-00084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

1111351000

100000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8165914	7-Data Válida da Senha 12/10/13
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

445620
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253405890000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	--

13-Nome JOSIANE SILVA DOS SANTOS	15-Data Validade da Carteira 12/10/13
-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051139289105	22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CBO S 025 -
---	--	--------------------------	-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CBO S 025 -
--	--------------------------	-------------	--------------------------

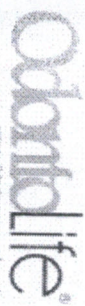
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenomeRegio	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	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
2	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
3	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
4	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
5	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
6	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
7	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
8	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
9	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
10	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
11	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
12	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
13	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
14	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		
15	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	05/10/12		

43-Dias Previsto 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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

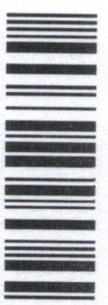
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Carla Cristina Maldaner CRO-MT 8536	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Carla Cristina Maldaner CRO-MT 8536	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Josiane Silva Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/01/11 12/12/10	5-Senhã AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119851	7-Data Validade da Senha 10/14/11 01/13/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/012/02/15 3/4/07/10/010/010/010/010/10/11	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 435111 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome RENATA MIRIAM BERNARDO	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano RENATA MIRIAM BERNARDO
-----------------------------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05139289105	22-Nome do Contratante Excluyente CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CHES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excluyente CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medro da Gênia	42-Assinatura
1-10	01810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	10,00			11/01/12/12/10		Renata
2-10	01840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	10,00			11/01/12/12/10		Renata
3-10	01840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	10,00			11/01/12/12/10		Renata
4-10	01840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	10,00			11/01/12/12/10		Renata
5-10	01840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	10,00			11/01/12/12/10		Renata
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

43-Data Previsto 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 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

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 10/11/12/12/10 Carla Cristina Maldaner da Silva Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/12/12/10 Carla Cristina Maldaner da Silva Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/12/12/10 Renata Miriam Bernardo	53-Data, local e Caimbo da Empresa
---------------	---	---	--	------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/10/11 4-Data de Autorização 06/10/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8175065 7-Data Validade da Senha 06/10/14

448486
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 1002025340700000001011 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATA MIRIAM BERNARDO 14-Teléfono 0407/1990 15-Nome do titular do plano RENATA MIRIAM BERNARDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1051392891051 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CHES (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

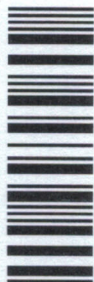
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	08511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	8,8,10,0	10,10,0	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21
2-10	08511002216	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODMP	1	12,10,0	10,10,0	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21
3-10	08511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	8,8,10,0	10,10,0	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21
4-10	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6,1,10,0	10,10,0	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21
5-10	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	6,1,10,0	10,10,0	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21	106,11,21
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

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 R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 o 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 06/10/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 06/10/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/11



444577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/12 12:01	4-Data de Autorização 12/11/12 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8161148	7-Data Validade da Sentença 12/11/13 11:21
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202534070000000000101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

RENATA MIRIAM BERNARDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

051139289105

22-Nome do Contratado Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO

8536

19-UF

MT

20-Código CBO S

025 -

24-UF

MT

25-Código CNES

Enviar - RX

(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO

8536

28-UF

MT

29-Código CBO S

Piano 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
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	12/11/2012	reduzido	
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	3,00	0,00	0,00	0,00	12/11/2012	reduzido	
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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

87,00

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

Carla Cristina Maldaner

Carla Cristina Maldaner Dentista

Carla Cristina Maldaner Dentista

Carla Cristina Maldaner Dentista

Carla Cristina Maldaner Dentista

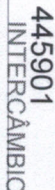
Carla Cristina Maldaner Dentista

Carla Cristina Maldaner Dentista

Carla Cristina Maldaner Dentista

Carla Cristina Maldaner Dentista

2-N

445901
INTERCÂMBIOde

41 - Motivo da Glosa 42-Ass

21 21

[illegible]

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

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

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

—

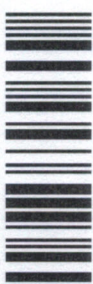
[illegible]

4	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

ue assina esse documento,

[illegible]

1000



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 0 5 / 0 1 / 2 1	4-Dia de Autorização 0 5 / 0 1 / 2 1	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172198	7-Dia Válido da Serinha 0 5 / 0 4 / 2 1
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 4 6 5 5 5 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13- Nome	14- Telefone	15- Nome do titular do plano
VALERIA DE SOUZA FERNANDES	26/08/1990	VALERIA DE SOUZA FERNANDES

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------------	--------------------	---

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF	05139289105
22-Nome do Contratado Executante	CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA
23-Número no CRO	8536
24-UF	MT
25-Código CNES	Enviar - RX (I) 8100042-RIS (I) 8100042-I

25-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CBO S (I) 81000421-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE (I) 81000421-
---	---------------------------------	--------------------	---

	30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Fregio	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização
	10	81	RX PERIAPICAL				1	14,00		S	2008/06/06
	10	10	RIS				1	0,00		S	2008/06/06

[illegible][illegible][illegible]

6-000	81000421	RX PERIAPICAL	RXPIE	1	1400	0000	S04/01/2
7-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1400	0000	S04/01/2

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

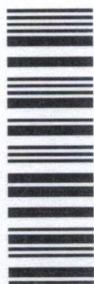
	43 Data Previsão Término do Tratamento []/[]/[]/[]	
	44 Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
	45 Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	
	46 Total Quantidade US [] [] [] 2 5 5 , 0 0	
	47 Valor Total R\$ [] [] [] [] [] [] 0 , 0 0	
4		

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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado o(s) tratamento(s) realizado(s), comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48. Observație	Carla Cristina Maidanec	Carla Cristina Maidanec	Carla Cristina Maidanec
	Cirujoiță Denitista	Cirujoiță Denitista	Cirujoiță Denitista
	Carla Cristina Maidanec	Carla Cristina Maidanec	Carla Cristina Maidanec

Café Chislina
 50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 08/10/11 211 *[assinatura]* **CRD-MT 8536**
 51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 08/10/11 211 *[assinatura]* **CRD-MT 8536**
 52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 08/10/11 211 *[assinatura]*
 53 - Data, local e Carimbo da Empresa
 ____/____/____

Stenands.



447451
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/5/10 1/1/2 1 4-Data de Autorização 10/5/10 1/1/2 1 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8171972 7-Data Validade da Sentença 10/5/10 1/4/12 1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 534655500000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome

VALERIA DE SOUZA FERNANDES

26/08/1990

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone () - - - - -

11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1 15-Nome do titular do plano VALERIA DE SOUZA FERNANDES 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105139289105 22-Nome do Contratado/Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			08/10/11 21		Valeria
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			08/10/11 21		Valeria
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			08/10/11 21		Valeria
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			08/10/11 21		Valeria
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			08/10/11 21		Valeria
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 174,00 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

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/5/10 1/1/2 1 5089-MT 8536

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/5/10 1/1/2 1 5089-MT 8536

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/5/10 1/1/2 1 5089-MT 8536

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Personal



1-Registro ANS	406414
3-Dia de Emissão da Guia	11/4/10 11/21
4-Dia de Autorização	11/4/10 11/21
5-Semina	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8195550
7-Dia Validade da Semina	11/4/10 11/21

8-Número da Carteira	0002021534655000000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira	11/11/11
12-Número do Cartão Nacional da Saúde	

13-Nome VALERIA DE SOUZA FERNANDES	14-Telefone () - - - - -
26/08/1990	15-Nome do titular do plano VALERIA DE SOUZA FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------------	--------------------	---------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
105139289105	CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	8536	MT	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	8536	MT	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible]

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

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

[illegible]

43-Dia Previsto Término do Tratamento	/ /	/ /
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Ortopedia 4-Endodontia 5-Franquia	7 3 1 0 0
45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	0 0 0 0
46-Total Quantitativo US		0 0 0 0
47-Valor Total R\$		0 0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação R\$		0 0 0 0

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

49-Observação

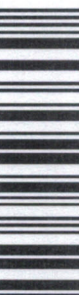
Carla Cristina Dentista
Cirurgia 1 8536

[illegible]

CRD-MT 830

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8202006	7-Data Validade da Senha 11/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

455174
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102153403490000001011	9-Fone POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	-------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA ALVES

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA ALVES
------------------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1051392891105111	22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CNES 025 -
---	--	--------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CBO S	30-Data de Realização 11/01/2011
--	--------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------

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 Gêsa	42-Assinatura
1-1010185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	1	611010	101010	111610111211	111610111211	111610111211	111610111211	Francisca
2-1010185110021010	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	1	8181010	101010	111610111211	111610111211	111610111211	111610111211	Francisca
3-1010185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	1	6111010	101010	111610111211	111610111211	111610111211	111610111211	Francisca
4-1111111111111111												
5-1111111111111111												
6-1111111111111111												
7-1111111111111111												
8-1111111111111111												
9-1111111111111111												
10-1111111111111111												
11-1111111111111111												
12-1111111111111111												
13-1111111111111111												
14-1111111111111111												
15-1111111111111111												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2011	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 21101010	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 no contrato. Deodoro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2011 Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/01/2011 Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 Francisca Claudia da S-N	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/01 11/12/11 4-Data de Autorização 10/06/01 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 8176175 6-Número da Guia Principal 8176175 7-Data Validade da Senha 10/06/01 14/12/11 448746 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021021534512700000101021 9-Idade POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

GRACE KELLY GOMES RIBEIRO 09/06/2005 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ROBERTA GOMES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10151392819110511 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

Piano 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 Gênes	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
		RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	1	2	1	0	10		
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
		RX PERIAPICAL	RME	1	1	1	4	1	0	10		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	136,10	0,10								

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

49-Observação

Carta Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

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

11/11/11 11/11/11 11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

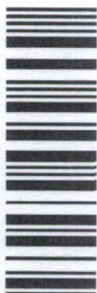
11/11/11 11/11/11 11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11 11/11/11 11/11/11

53-Data, local e Assinatura da Empresa

11/11/11 11/11/11 11/11/11



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2007	4-Data de Autorização 10/06/2007	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8176183	7-Data Validade da Senha 10/06/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

448750
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1000202534512700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MIKAELLY VITORIA GOMES RIBEIRO	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ROBERTA GOMES
---	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051139289105	22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

Enviar - RX
(IF) 85200166-21 (I) 81000421-RIS
(I) 85100218
(I) 81000421-RIS

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

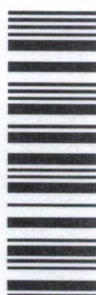
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010181512001161		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	258,00	0,00					Roberta
2-101081511002118		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00					Roberta
3-10108110004211		RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00					Roberta
4-10108110004211		RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00					Roberta
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	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circundária 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Franch	1408,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Contratado 15/10/11/211 Cristina Dentista Cirurgia-MT 8536	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Contratado 15/10/11/211 Cristina Dentista Cirurgia-MT 8536	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/11/211 Roberta Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2007	4-Data de Autorização 10/07/2007	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8176191	7-Data Validade da Senha 10/06/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

448751
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100020253451270000001031

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
MIKAELLY VITORIA GOMES RIBEIRO

10/06/2007

15-Nome do titular do plano
ROBERTA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO
8536

19-UF
MT

20-Código CEO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
051139289105

22-Nome do Contratado Executante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

23-Número no CRO
8536

24-UF
MT

25-Código CHES

Enviar - RX
(R) 85200158-26 (I) 81000421-RIS

26-Nome do Profissional Executante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO
8536

28-UF
MT

29-Código CBO S
(I) 85100200 (I) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Gênes	42-Assinatura
1-00	085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26	1	1	533	100	100	100	10/06/2007	100	Roberta
2-10	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88	100	100	100	10/06/2007	100	Roberta
3-10	081100042	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14	100	100	100	10/06/2007	100	Roberta
4-10	081100042	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14	100	100	100	10/06/2007	100	Roberta
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
649,00

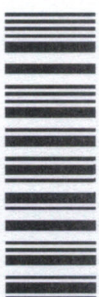
47-Valor Total R\$
0,00

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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2007/MT Carla Cristina Maldaner	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2007/MT Carla Cristina Maldaner	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2007/MT Roberta Gomes	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/06/2007/MT
--	--	--	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 11/2 11	4-Data de Autorização 10/7/10 11/2 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178939	7-Data Vencimento da Senha 10/7/10 4/2 11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	00020253451270000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia da Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome		14-Teléfono		15-Nome do filho do plano	
ROBERTA GOMES	12/12/1987	() - - - - -	ROBERTA GOMES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-Uf MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10513912891105
22-Nome do Contratado Executante	CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA
23-Número no CRO	8536
24-Uf	MT
25-Código CNES	
Enviar - RX (I) 81000421-RIS	

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-U/F MT	29-Código CBO S (1) 81000421
---	---------------------------------	---------------------	--

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
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

[illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Cronoterapia +4-Urgencial/Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos físicos, custos e alternativos de tratamento, comprometo-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, é(ão) por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo todos os honorários e custos previstos em contrato.

49-Observação

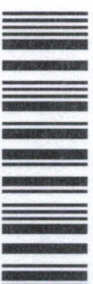
Clint's M Co
20-M
1-Janet

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante[illegible]

CR0-M1 000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



445900
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/3/11 12/12/01 4- Data de Autorização 12/4/11 12/12/01 5- Senha AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8166984 7- Data Validade da Senha 12/3/11 03/12/11

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10020202534034900000100101 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA ALVES 14- Telefone 04/10/1976 15- Nome do titular do plano FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA ALVES

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18- Número no CRO 8536 19- UF MT 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 105139289105 22- Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23- Número no CRO 8536 24- UF MT 25- Código CNES Enviar - RX (1F) 85200166-11 (1) 81000421-RIS

26- Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27- Número no CRO 8536 28- UF MT 29- Código CBO S (1) 85100218 (1) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

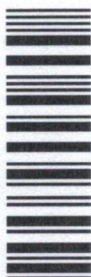
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11	1	1	2 5 8 10 0	0,00	16,00	11/12/11			
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	1 2 2 10 0	0,00	16,00	11/12/11			
3- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1 4 10 0	0,00	16,00	11/12/11			
4- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1 4 10 0	0,00	16,00	11/12/11			
5- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
6- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
7- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
8- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
9- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
10- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
11- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
12- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
13- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
14- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1											
15- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 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 408100 47- Valor Total R\$ 10,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

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

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/10/11 11/12/11 Carla Cristina Maldaner Dentista 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/10/11 11/12/11 Carla Cristina Maldaner Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/10/11 11/12/11 Francisca Claudia das 53- Data, local e Cartão da Empresa



Qualificação para Voucher

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/3/11 2/12/0 4-Dia de Autorização 12/3/11 2/12/0 5-Senha AUTORIZADO 8166975 6-Número da Guia Principal 8166975 7-Dia Validade da Senha 12/3/10 3/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/4/0/5/8/9/0/0/0/0/0/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12/3/10 3/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSIANE SILVA DOS SANTOS

14-Telefone 13/03/1996 15-Nome do Titular do plano JOSIANE SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0511391289105 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES 025 - Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CRO S 025 - Enviar - RX

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
		RX PERIAPICAL										
2-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
		RX PERIAPICAL										
3-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
		EXODONTIA SIMPLES DE										
4-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
		EXODONTIA SIMPLES DE										
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1/11	1-Tratamento Ortopédico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/5/11/01/11/21
Cirurgia Dentista
CRO-MT 8536
Carla Cristina Maldaner

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/5/11/01/11/21
Cirurgia Dentista
CRO-MT 8536
Carla Cristina Maldaner

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/01/12/11
Josiaine Silva Santos

53-Data, local e Cambio da Empresa