



245



320944
INTERCAMBIO

5

41 - Museu da Casa 42 - Asinara

41. Motion (a) Close 42. Answer

[illegible]

...e marcar com os cursivos pre-

[illegible]

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



315733
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2015	4-Data de Autorização 12/7/2015	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7583518	7-Data Validade da Bateria 11/9/2018
8-Número da Carteira 000202521336500511303			9-Perfil POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Nome NEYSE NEILY CREMASCO LUCIA			13-Data de Nascimento 13/10/1969	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano NELSON JOSE LUCIA
16-Atendimento a RH N			17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA	18-Número no CRO 103659	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22982216850			22-Nome do Contratado Exatidão KAREN GROENITZ DONA	23-Número no CRO 103659	24-UF SP
26-Nome do Profissional Exatidão KAREN GROENITZ DONA			27-Número no CRO 103659	28-UF SP	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			25-Código CBO S	26-Código CBO S	27-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rengão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mês/Ano da Guia	42-Signatura
1-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	5115/106/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	5115/106/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	5115/106/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	5115/106/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011	15/10/2011
5-000												
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 11/15/106/1201	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 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 11/15/106/1201 Karen Groenitz Dona Cirurgião - Dentista CRO-SP - 103659	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 11/15/106/1201 Karen Groenitz Dona Cirurgião - Dentista CRO-SP - 103659	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/15/106/1201 Nelson Jose Lucia Beneficiário - Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/15/106/1201
--	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2014	4-Data de Autenticação 11/03/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7505012	7-Data Validade da Senha 10/06/2017
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

305565
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202529647400000101	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ////
---	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

13-Nome TATIANA INACIO DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANA INACIO DA SILVA
------------------------------------	----------------------	--

16-Adesão ao RH N	17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA	18-Número no CRO 103659	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
----------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1212982216850	22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA	23-Número no CRO 103659	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA	27-Número no CRO 103659	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mês do CBO	42-Signatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00	510810151201				
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00	0,00	51251061201				
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	61,00	0,00	51251061201				
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 Previsto Término do Tratamento 12/15/2016	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implantação/Enfermagem	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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(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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/2016/20 Cirurgião - Dentista KAREN GROENITZ DONA CRO-SP - 103659	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/2016/20 KAREN GROENITZ DONA Cirurgião - Dentista CRO-SP - 103659	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/15/2016/20 Tatiana Inacio da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
--	--	---	---



292286
 INTERCAMBIO

1-Registro ANVISA
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 12/05/2012

4-Data de Autorização
 10/07/2013

5-Santa
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 7431564

7-Data Validade da Guia
 12/05/2015

8-Data do Beneficiário

9-Número da Carteira
 10/02/02/5288956000010102

10-Prato
 POS REDE PRESTADORA

11-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Data Validade da Carteira
 11/06/1984

13-Nome do Beneficiário
 MARIA JOSIVALDA DA SILVA SANTANA

14-Nome do Profissional
 KAREN GROENITZ DONA

15-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

16-Número no CRO
 103659

17-Data Validade da Carteira
 11/06/1984

18-Nome do Profissional
 KAREN GROENITZ DONA

19-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

21-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

22-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

23-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

24-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

25-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

26-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

27-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

28-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

29-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

34-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

35-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

36-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

37-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

38-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

39-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

40-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

41-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

42-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

44-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

45-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

46-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

47-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

48-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

49-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

50-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

51-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

52-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

53-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

54-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

55-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

56-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

57-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

58-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

59-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

60-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

61-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

62-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

63-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

64-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

65-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

66-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

67-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

68-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

69-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

70-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

71-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

72-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

73-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

74-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

75-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

76-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

77-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

78-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

79-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

80-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

81-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

82-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

83-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

84-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

85-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

86-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

87-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

88-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

89-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

90-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

91-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

92-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

93-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

94-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

95-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

96-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

97-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

98-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

99-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

100-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

101-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

102-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

103-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

104-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

105-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

106-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

107-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

108-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

109-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

110-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

111-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

112-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

113-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

114-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

115-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

116-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

117-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

118-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

119-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

120-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



318746
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/11/2016

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7603483

7-Data Validade da Guia 13/10/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020252983780000001011

9-Forma POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAEL APARECIDO DE SOUSA

03/05/1982

14-Telefone

15-Nome do titular do plano RAFAEL APARECIDO DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA

18-Número no CRO 103659

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA

23-Número no CRO 103659

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA

27-Número no CRO 103659

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			10/11/2016		RLK
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			10/11/2016		RLK
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			10/11/2016		RLK
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			10/11/2016		RLK
5-10												
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 10/11/2016

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

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

46-Total Quantidade US 144,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

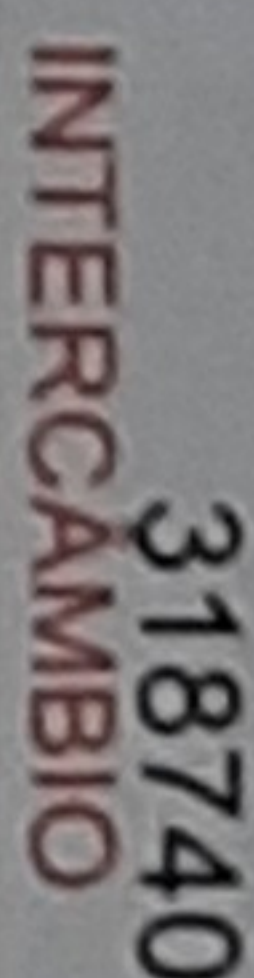
60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2016/2016 Karen Groenitz Dona Cirurgião - Dentista CRO-SP - 103659

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2016/2016 Karen Groenitz Dona Cirurgião - Dentista CRO-SP - 103659

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2016/2016 X RF

63-Data, local e Carimbo da Empresa

245



318740
INTERCAMBIO

1

41- Nefiteiro da Grosse 42- Asstir...

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

—

— 11 —

L	L
E	E
E	E
E	E
E	E

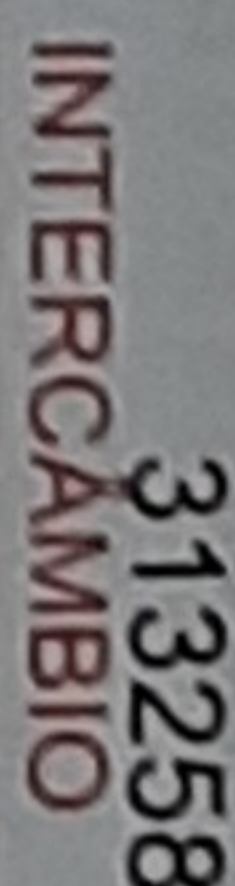
[illegible]

a e arcar com os custos previstos
nessa esse documento, os

1000

1

246



313258
INTERCAMBIO

1507

41- Matéria da Causa 42- Assinatura

Chlorine

—

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]

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

—

ne e a carcer com os custos pre-

1000

1000



Empilhado para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



290346
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2012

4-Data de Autorização
12/09/2012

5-Serção
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7420114

7-Data Validade da Serção
11/08/2015

8-Data do Benefício

9-Número da Carteira

010202511055060170744011

10-Pos REDE PRESTADORA

11-EMPRESA
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

12-Data Validade da Carteira

13-Número do Cartão Nacional da Saúde

14-Nome

ELAINE CABRAL ALVES

15-Data de Nascimento

16-Data de Emissão da Guia

17-Nome do titular do plano

ELAINE CABRAL ALVES

18-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

19-Atendimento a RDN

20-Nome do Profissional Substituto

KAREN GROENITZ DONA

21-Número no CRO

103659

22-UF

SP

23-Código CBO S

24-Código CNES

25-Código CBO S

26-Código CBO S

27-Código CBO S

28-Código CBO S

29-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF

23-Nome do Contratado Executante

KAREN GROENITZ DONA

24-Número no CRO

103659

25-UF

SP

26-Código CBO S

27-Código CBO S

28-Código CBO S

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código CBO S

32-Código CBO S

20-Nome do Profissional Executante

KAREN GROENITZ DONA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Raiz/Unidade	37-Face	38-Cid	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Causa	45-Assinatura
1-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Faturamento

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

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 Solicitante

05/10/2012 Karen Groenitz Dona

05/10/2012 Karen Groenitz Dona

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/05/2012 Karen Groenitz Dona

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/05/2012 Karen Groenitz Dona

53-Data, local e Cartão da Empresa

10/05/2012 Karen Groenitz Dona

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012 4-Data de Autorização 12/09/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7418020 7-Data Validade da Guia 11/08/2015

289899
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100220251105506011696204 9-Pelo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ARTHUR OLIVEIRA TRAVESSO 14-Teléfono 11/02/2005 15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA DE OLIVEIRA

16-Autorização a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA 18-Número no CRO 103659 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 122982216850 22-Nome do Contratado Exequente KAREN GROENITZ DONA 23-Número no CRO 103659 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exequente KAREN GROENITZ DONA 27-Número no CRO 103659 28-UF SP 29-Código CBO S

Pelo Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa
1-0	0	851100196				12	P	11	0	0	
		RESTAURAÇÃO RESINA									
2-0	0	851100196				22	P	11	0	0	
		RESTAURAÇÃO RESINA									
3-0	0	851100196				26	O	11	0	0	
		RESTAURAÇÃO RESINA									
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/01/2012 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 18300 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 Beneficiário Karen Groenitz Dona 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Karen Groenitz Dona 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável Juliana Oliveira 53-Data, local e Carimbo da Empresa



311708
INTERCAMBIO

1-Idade do Paciente
406414

2-Dia de Emissão da Guia
10/08/2015 12:00

3-Dia de Autorização
11/11/2015 12:00

4-Endereço
AUTORIZADO

5-Endereço do Dente Principal
7551696

6-Dia de Validade da Guia
10/08/2015 12:00

7-Dia de Emissão da Guia

8-Dia de Autorização

9-Dia de Emissão da Guia

10-Dia de Autorização

11-Dia de Validade da Guia

12-Dia de Emissão da Guia

13-Dia de Emissão da Guia

14-Dia de Autorização

15-Dia de Emissão da Guia

16-Dia de Autorização

17-Dia de Emissão da Guia

18-Dia de Autorização

19-Dia de Emissão da Guia

20-Dia de Autorização

21-Dia de Emissão da Guia

22-Dia de Autorização

23-Dia de Emissão da Guia

24-Dia de Autorização

25-Dia de Emissão da Guia

26-Dia de Autorização

27-Dia de Emissão da Guia

28-Dia de Autorização

29-Dia de Emissão da Guia

30-Dia de Autorização

31-Dia de Emissão da Guia

32-Dia de Autorização

33-Dia de Emissão da Guia

34-Dia de Autorização

35-Dia de Emissão da Guia

36-Dia de Autorização

37-Dia de Emissão da Guia

38-Dia de Autorização

39-Dia de Emissão da Guia

40-Dia de Autorização

41-Dia de Emissão da Guia

42-Dia de Autorização

43-Dia de Emissão da Guia

44-Dia de Autorização

45-Dia de Emissão da Guia

46-Dia de Autorização

47-Dia de Emissão da Guia

48-Dia de Autorização

49-Dia de Emissão da Guia

50-Dia de Autorização

51-Dia de Emissão da Guia

52-Dia de Autorização

53-Dia de Emissão da Guia

54-Dia de Autorização

55-Dia de Emissão da Guia

56-Dia de Autorização

57-Dia de Emissão da Guia

58-Dia de Autorização

59-Dia de Emissão da Guia

60-Dia de Autorização

61-Dia de Emissão da Guia

62-Dia de Autorização

63-Dia de Emissão da Guia

64-Dia de Autorização

65-Dia de Emissão da Guia

66-Dia de Autorização

67-Dia de Emissão da Guia

68-Dia de Autorização

69-Dia de Emissão da Guia

70-Dia de Autorização

71-Dia de Emissão da Guia

72-Dia de Autorização

73-Dia de Emissão da Guia

74-Dia de Autorização

75-Dia de Emissão da Guia

76-Dia de Autorização

77-Dia de Emissão da Guia

78-Dia de Autorização

79-Dia de Emissão da Guia

80-Dia de Autorização

81-Dia de Emissão da Guia

82-Dia de Autorização

83-Dia de Emissão da Guia

84-Dia de Autorização

85-Dia de Emissão da Guia

86-Dia de Autorização

87-Dia de Emissão da Guia

88-Dia de Autorização

89-Dia de Emissão da Guia

90-Dia de Autorização

91-Dia de Emissão da Guia

92-Dia de Autorização

93-Dia de Emissão da Guia

94-Dia de Autorização

95-Dia de Emissão da Guia

96-Dia de Autorização

97-Dia de Emissão da Guia

98-Dia de Autorização

99-Dia de Emissão da Guia

100-Dia de Autorização

101-Dia de Emissão da Guia

102-Dia de Autorização

103-Dia de Emissão da Guia

104-Dia de Autorização

105-Dia de Emissão da Guia

106-Dia de Autorização

107-Dia de Emissão da Guia

108-Dia de Autorização

109-Dia de Emissão da Guia

110-Dia de Autorização

111-Dia de Emissão da Guia

112-Dia de Autorização

113-Dia de Emissão da Guia

114-Dia de Autorização

115-Dia de Emissão da Guia

116-Dia de Autorização

117-Dia de Emissão da Guia

118-Dia de Autorização

119-Dia de Emissão da Guia

120-Dia de Autorização

121-Dia de Emissão da Guia

122-Dia de Autorização

123-Dia de Emissão da Guia

124-Dia de Autorização

125-Dia de Emissão da Guia

126-Dia de Autorização

127-Dia de Emissão da Guia

128-Dia de Autorização

129-Dia de Emissão da Guia

130-Dia de Autorização

131-Dia de Emissão da Guia

132-Dia de Autorização

133-Dia de Emissão da Guia

134-Dia de Autorização

135-Dia de Emissão da Guia

136-Dia de Autorização

137-Dia de Emissão da Guia

138-Dia de Autorização

139-Dia de Emissão da Guia

140-Dia de Autorização

141-Dia de Emissão da Guia

142-Dia de Autorização

143-Dia de Emissão da Guia

144-Dia de Autorização

145-Dia de Emissão da Guia

146-Dia de Autorização

147-Dia de Emissão da Guia

148-Dia de Autorização

149-Dia de Emissão da Guia

150-Dia de Autorização

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 responsável e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
EMISSÃO ENVIADA POR E-MAIL.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/12/2015/12:01 Karen Groenitz Dona	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2015/12:01 Karen Groenitz Dona	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2015/12:01 Tatiana Inacio	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 01/12/2015/12:01
54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2015/12:01 Karen Groenitz Dona	55-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2015/12:01 Karen Groenitz Dona	56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2015/12:01 Tatiana Inacio	57-Dia, local e Assinatura da Empresa 01/12/2015/12:01
58-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2015/12:01 Karen Groenitz Dona	59-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2015/12:01 Karen Groenitz Dona	60-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2015/12:01 Tatiana Inacio	61-Dia, local e Assinatura da Empresa 01/12/2015/12:01

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ªª



288845
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 12/06/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7412612	7-Data Validada da Guia 11/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 10020252889560000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional da Saúde ////
--	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

13-Nome NATHALY THOME DE CAMPOS	14-Teléfono () 360215720	15-Nome do titular do plano MARCIO DE MORAES SANTANA
------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA	18-Número no CRO 103659	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22982216850	22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA	23-Número no CRO 103659	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA	27-Número no CRO 103659	28-UF SP	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

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	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				11/09/2012		X
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00				11/09/2012		X
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00				11/09/2012		X
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00				11/09/2012		X
5	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00				11/09/2012		X
6	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46 OL	1	1	88,00				11/09/2012		X
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

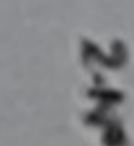
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/21/06/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 266,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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) 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 Imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/06/12 Karen Groenitz Donat	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/06/12 Karen Groenitz Donat	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/06/12 Marcio de Moraes Santana	53-Data, local e Cartão da Empresa ////
---	---	---	--

CRO-SP-103659

300191
INTERCÂMBIO

Index

1

1

2

1111

100

11

1

5

mb 1997

1

11

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 2/12/0 4-Data de Autorização 12/9/10 2/12/0 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7431565 7-Data Validade da Guia 12/5/10 5/12/0

292288
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 8 9 5 6 0 0 0 0 1 0 2 1

8-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA JOSIVALDA DA SILVA SANTANA

11/06/1984

14-Telefone () 3 6 0 2 1 5 7 2 0

15-Nome do titular do plano MARCIO DE MORAES SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA

18-Número no CRO 103659

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 12 2 9 8 2 2 1 6 8 5 0

22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA

23-Número no CRO 103659

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA

27-Número no CRO 103659

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranço	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0 0				12/5/10	06/12/0	Kyano
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0 0				12/5/10	06/12/0	Kyano
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0 0				12/5/10	06/12/0	Kyano
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0 0				12/5/10	06/12/0	Kyano
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0 0 0				12/5/10	03/12/0	Kyano
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 Previsto Término do Tratamento 12/5/10 6/12/0 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 0 5 1 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 6/12/0 Karen Groenitz Dona

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10 6/12/0 Karen Groenitz Dona

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 6/12/0 Kyano

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-SP-103659

CRO-SP-103659