



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autenticação 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257736	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

467431
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020253495680000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA CARDOSO GRISOLIA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PATRICIA CARDOSO GRISOLIA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 10308	19-UF DF	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03277269116	22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS		23-Número no CRO 10308	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA LIMA SANTOS		27-Número no CRO 10308	28-UF DF	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/21 Dr. Mayara Lima Santos CRO-DF 10.308	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21 Dr. Mayara Lima Santos Cirurgião-Dentista CRO-DF 10.308	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 Patricia Grisolia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/02/21 Smiles Clínica Odontológica LTDA CNPJ 13.135.880/0001-15
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

469268
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

ide

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

41- Motivo da Glosa 42-Ass

21

11

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

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

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

46- Total Tranquila / Co-participação	_____
---------------------------------------	-------

que assina esse documento

Antologica L. 15

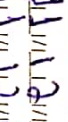
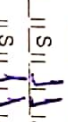
151.65000

100


426825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 11/210	4-Data de Autorização 11/11/12 11/210	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8085965	7-Data Válida em Será 12/12/10 12/12/11
8-Data de Beneficiário 01/02/12 05/12/13 06/12/10 01/01/10 01/01/11			9-Pelo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11 11/11/11
13-Nome PAULO AFONSO MORAIS LOBATO MADEIRA			04/09/1985	14-Telefone (16 11) 8 5 5 0 1 1 8 7 9	15-Nome do titular do plano PAULO AFONSO MORAIS LOBATO MADEIRA
16-Atendimento a RN SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA					
17-Código na Operadora / CNPJ / CPF 032777269116		22-Nome do Contratado Excitante MAYARA LIMA SANTOS		18-Número no CRO 10308	19-UF DF
26-Nome do Profissional Excitante MAYARA LIMA SANTOS		27-Número no CRO 10308		24-UF DF	25-Código CNEC 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Específicos

30-Atividade	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-Moeda da Casa	42-Assinatura
1-010	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	11/12/10	20	
2-010	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/10	20	
3-010	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/10	20	
4-010	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/10	20	
5-010	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/10	20	
6-010			1	1	1							
7-010			1	1	1							
8-010			1	1	1							
9-010			1	1	1							
10-010			1	1	1							
11-010			1	1	1							
12-010			1	1	1							
13-010			1	1	1							
14-010			1	1	1							
15-010			1	1	1							
43-Data Prevista 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\$												

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 assumido(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 Beneficiário / Responsável 11/11/12 11/12/10 MAYARA LIMA SANTOS Cirurgiã Dentista CRO-DF-10308	51-Data local e Assinatura do Contratado Excitante 11/11/12 11/12/10 MAYARA LIMA SANTOS Cirurgiã Dentista CRO-DF-10308	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 11/12/10 SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA CNPJ: 07.151.655/0001-15	53-Data local e Cópia da Empresa 11/11/12 11/12/10 SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA CNPJ: 07.151.655/0001-15
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-46



429882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/11/2011

4-Data de Autorização
10/11/2011

5-Semina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8098364

7-Data Validade da Semina
12/11/2011

8-Data Validade da Semina
12/11/2011

9-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

10-Número da Carteira
101020253115480000010102

11-Plano
POS REDE PRESTADORA

12-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

13-Dia Validade da Carteira
11/11/2011

14-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome
TALLITA GUANAIS

16-Data de Nascimento
22/11/1983

17-Endereço
22/11/1983

18-Nome do titular do plano
HELDER PEREIRA DE FONTES

19-Data Validade da Semina

20-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Atendimento a RV
N

22-Nome do Profissional Solicitante
SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA

23-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

24-Data Validade da Semina
05

25-Número do Cartão Nacional de Saúde

26-Data Validade da Semina

27-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1032771269116

28-Nome do Contratado Executante
MAYARA LIMA SANTOS

29-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

30-Data Validade da Semina
05

31-Número do Cartão Nacional de Saúde

32-Data Validade da Semina

33-Nome do Profissional Executante
MAYARA LIMA SANTOS

34-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

35-Data Validade da Semina
05

36-Número do Cartão Nacional de Saúde

37-Data Validade da Semina

38-Número do Cartão Nacional de Saúde

39-Data Validade da Semina

40-Número do Cartão Nacional de Saúde

41-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

42-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

43-Quantidade
36

44-Valor
1533,00

45-Data Validade da Semina
04/12/2011

46-Número do Cartão Nacional de Saúde

47-Data Validade da Semina

48-Data Validade da Semina

49-Data Validade da Semina

50-Data Validade da Semina

51-Data Validade da Semina

52-Data Validade da Semina

53-Data Validade da Semina

54-Data Validade da Semina

55-Data Validade da Semina

56-Data Validade da Semina

57-Data Validade da Semina

58-Data Validade da Semina

59-Data Validade da Semina

60-Data Validade da Semina

61-Data Validade da Semina

62-Data Validade da Semina

63-Data Validade da Semina

64-Data Validade da Semina

65-Data Validade da Semina

66-Data Validade da Semina

67-Data Validade da Semina

68-Data Validade da Semina

69-Data Validade da Semina

70-Data Validade da Semina

71-Data Validade da Semina

72-Data Validade da Semina

73-Data Validade da Semina

74-Data Validade da Semina

75-Data Validade da Semina

76-Data Validade da Semina

77-Data Validade da Semina

78-Data Validade da Semina

79-Data Validade da Semina

80-Data Validade da Semina

81-Data Validade da Semina

82-Data Validade da Semina

83-Data Validade da Semina

84-Data Validade da Semina

85-Data Validade da Semina

86-Data Validade da Semina

87-Data Validade da Semina

88-Data Validade da Semina

89-Data Validade da Semina

90-Data Validade da Semina

91-Data Validade da Semina

92-Data Validade da Semina

93-Data Validade da Semina

94-Data Validade da Semina

95-Data Validade da Semina

96-Data Validade da Semina

97-Data Validade da Semina

98-Data Validade da Semina

99-Data Validade da Semina

100-Data Validade da Semina

101-Data Validade da Semina

102-Data Validade da Semina

103-Data Validade da Semina

104-Data Validade da Semina

105-Data Validade da Semina

106-Data Validade da Semina

107-Data Validade da Semina

108-Data Validade da Semina

109-Data Validade da Semina

110-Data Validade da Semina

111-Data Validade da Semina

112-Data Validade da Semina

113-Data Validade da Semina

114-Data Validade da Semina

115-Data Validade da Semina

116-Data Validade da Semina

117-Data Validade da Semina

118-Data Validade da Semina

119-Data Validade da Semina

120-Data Validade da Semina

121-Data Validade da Semina

122-Data Validade da Semina

123-Data Validade da Semina

124-Data Validade da Semina

125-Data Validade da Semina

126-Data Validade da Semina

127-Data Validade da Semina

128-Data Validade da Semina

129-Data Validade da Semina

130-Data Validade da Semina

131-Data Validade da Semina

132-Data Validade da Semina

133-Data Validade da Semina

134-Data Validade da Semina

135-Data Validade da Semina

136-Data Validade da Semina

137-Data Validade da Semina

138-Data Validade da Semina

139-Data Validade da Semina

140-Data Validade da Semina

141-Data Validade da Semina

142-Data Validade da Semina

143-Data Validade da Semina

144-Data Validade da Semina

145-Data Validade da Semina

146-Data Validade da Semina

147-Data Validade da Semina

148-Data Validade da Semina

149-Data Validade da Semina

150-Data Validade da Semina

151-Data Validade da Semina

152-Data Validade da Semina

153-Data Validade da Semina

154-Data Validade da Semina

155-Data Validade da Semina

156-Data Validade da Semina

157-Data Validade da Semina

158-Data Validade da Semina

159-Data Validade da Semina

160-Data Validade da Semina

161-Data Validade da Semina

162-Data Validade da Semina

163-Data Validade da Semina

164-Data Validade da Semina

165-Data Validade da Semina

166-Data Validade da Semina

167-Data Validade da Semina

168-Data Validade da Semina

169-Data Validade da Semina

170-Data Validade da Semina

171-Data Validade da Semina

172-Data Validade da Semina

173-Data Validade da Semina

174-Data Validade da Semina

175-Data Validade da Semina

176-Data Validade da Semina

177-Data Validade da Semina

178-Data Validade da Semina

179-Data Validade da Semina

180-Data Validade da Semina



434596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autenticação 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8117965	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531154800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome HELDER PEREIRA DE FONTES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano HELDER PEREIRA DE FONTES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 10308	19-UF DF	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 10308	24-UF DF	25-Código CNES	
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 03277269116	22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS	27-Número no CRO 10308	28-UF DF	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA LIMA SANTOS					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição									
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0,00			04/12/20		
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/20	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 3400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono da Empresa 04/12/20 Dr. Mayara Lima Santos Cirurgiã Dentista CRO-DF 10.308	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 04/12/20 Dr. Mayara Lima Santos Cirurgiã Dentista CRO-DF 10.308
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 Helder Pereira de Fontes Guaraci	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20 Smiles Clínica Odontológica LTDA CNPJ: 32.151.656/0001-15

9.07



10411031121

11/11/11

HEIDER PEREIRA DE FONTES025 - Faturar Empresa

28-UF	29-Código CBO S
-------	-----------------

100

Copyright © 2011 John Wiley & Sons, Ltd.

[illegible]

Smiles Clinics Online
CHP-3-151660001