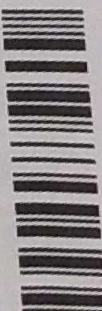


2-N²

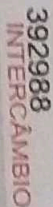
370558
INTERCÂMBIO

Dr. Amanda Soares da Silva
Cirurgia Dentista
(CRP/RJ 22.542)

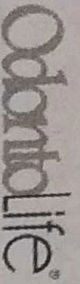
2-N⁺

Chandrasekhar
Chiranjeev
GROSP

247



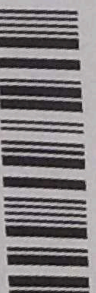
Dr. Matthew Stearns, D.D.S.
Dentist
881-22042



Tratamento para toda a vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



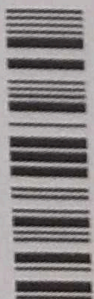
396644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dado de Emissão da Guia 15/11/2010	4-Data de Autuação 10/11/2010	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7961602	7-Data Válida da Seria 13/10/11/211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010121012151015101610181181010121	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
13-Nome GUILHERME DIAS SUZUKI			20/03/2006		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Medimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Data Válida da Carteira
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131415131716181181317111	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES 26-Código CBO S	27-Nome do titular do plano ROSANGELA DIAS SUZUKI
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA					
27-Número no CRO 122642					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Valor Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
1-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
2-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
3-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
4-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
5-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
6-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
7-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
8-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
9-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
10-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
11-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
12-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
13-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
14-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
15-01016229	32-Descrição MANUTENCAO ORTODONTICA	33-DenteFregio 1	34-ano 1	35-Qtd 12	36-Quantidade US 1232100
43-Dado Previsto no Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificada US 1232100	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Frete/Outros / Co-participação R\$ 101010	49-Total Frete/Outros / Co-participação R\$ 101010
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/01/11/11/210					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/01/11/11/210					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
53-Data, local e Cartão da Empresa 11/01/11/11/210					
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11/11/210					

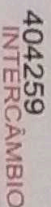
2-N



Dra. Amanda Syarif
Ciriya Laksana
CSO/SP 22.04.7

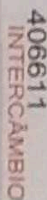
403984
INTERCÂMBIO[illegible]

美



Elle-même, âgée de 33 ans, est mariée et a deux enfants. Elle est née à Paris, France, le 15/05/1952.

2

406611
INTERCĂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCAMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCAMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

41 - NÚMERO DA CÍDADA 42 - DATA

43 - NÚMERO DA CÍDADA 44 - DATA

45 - NÚMERO DA CÍDADA 46 - DATA

47 - NÚMERO DA CÍDADA 48 - DATA

49 - NÚMERO DA CÍDADA 50 - DATA

51 - NÚMERO DA CÍDADA 52 - DATA

53 - NÚMERO DA CÍDADA 54 - DATA

55 - NÚMERO DA CÍDADA 56 - DATA

57 - NÚMERO DA CÍDADA 58 - DATA

59 - NÚMERO DA CÍDADA 60 - DATA

61 - NÚMERO DA CÍDADA 62 - DATA

63 - NÚMERO DA CÍDADA 64 - DATA

65 - NÚMERO DA CÍDADA 66 - DATA

67 - NÚMERO DA CÍDADA 68 - DATA

69 - NÚMERO DA CÍDADA 70 - DATA

71 - NÚMERO DA CÍDADA 72 - DATA

73 - NÚMERO DA CÍDADA 74 - DATA

75 - NÚMERO DA CÍDADA 76 - DATA

77 - NÚMERO DA CÍDADA 78 - DATA

79 - NÚMERO DA CÍDADA 80 - DATA

81 - NÚMERO DA CÍDADA 82 - DATA

83 - NÚMERO DA CÍDADA 84 - DATA

85 - NÚMERO DA CÍDADA 86 - DATA

87 - NÚMERO DA CÍDADA 88 - DATA

89 - NÚMERO DA CÍDADA 90 - DATA

91 - NÚMERO DA CÍDADA 92 - DATA

93 - NÚMERO DA CÍDADA 94 - DATA

95 - NÚMERO DA CÍDADA 96 - DATA

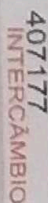
97 - NÚMERO DA CÍDADA 98 - DATA

99 - NÚMERO DA CÍDADA 100 - DATA

406611
INTERCÂMBIO

406611
INTERCÂMBIO

242



Dr. Armando Juarez da Silva
Cirurgião Dentista
CRP SP 272.342



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F



407184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 21/08/11 10:12:00	4-Local de Autorização 21/08/11 10:12:00	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8004958	7-Dados Válidos da Sanita 12/06/10 11:12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança

01/01/2012 05:10:55 06:00 06:17 21/01/11

9-Primo

POS REDE PRESTADORA

10-Data de Nascimento

11/09/1964

11-Data de Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CLAUDINEI VOLPINI

14-7-Endereço

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

15-Nome do titular do plano

CLAUDINEI VOLPINI

16-Atendimento a IN

AMANDA SUANES DA SILVA

17-Nome do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

18-Número no CRO

122642

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CUP / CUP

34537681837111

22-Nome do Contratado Exatante

AMANDA SUANES DA SILVA

23-Número no CRO

122642

24-UF

SP

25-Código CNES

025 -

26-Nome do Profissional Exatante

AMANDA SUANES DA SILVA

27-Número no CRO

122642

28-UF

SP

29-Código CBO S

025 -

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

AMANDA SUANES DA SILVA

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dental Regio

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Medico da Clínica

42-Autorização

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\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

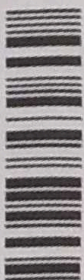
61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

2418

407590
INTERCÂMBIO

1-Registaro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/19/11 01/210		4-Dia de Autorização 12/19/11 01/210		5-Senha AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 8006908		7-Dia Validade da Senha 12/19/11 01/211	
8-Registro da Carteira 1010121012151313111513151010101011011		13-Nome GRAZIELE GUEDES DA SILVA		14-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Numero do Cartão Nacional da Saúde	
9-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Advertimento a IN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		18-Numero do Contrato 122642		19-UF SP		20-Código CBO 3 025 -		21-Data Validade da Senha 12/19/11 01/211	
22-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		23-Numero do Contrato 122642		24-UF SP		25-Código CNES Faturar Empresa		26-Numero do CBO 122642		27-UF SP	
28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Numero do Contrato 122642		30-UF SP		31-Código CBO 3 025 -		32-Data Validade da Senha 12/19/11 01/211		33-Numero do Cartão Nacional da Saúde	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Denominação	34- F. Ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Margem Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Obra	42- Assinatura
1-10	01	8110000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA									
2-10	01	8153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
3-10	01	8153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
4-10	01	8153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
5-10	01	8153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Realizante

12/9/11 10/11/2011

44- Tipo de Atendimento

☐ 1- Tratamento Odontológico

45- Tipo de Faturamento

☐ 1- Total

46- Total Quantidades US

1,78

47- Valor Total R\$

0,10

48- Total Financeira / Co-participação R\$

0,10

49- Observação

Paciente não pagou.

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

12/9/11 10/11/2011

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/9/11 10/11/2011

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário (Paciente)

12/9/11 10/11/2011

53- Data, local e Assinatura da Empresa

12/9/11 10/11/2011

54- Data, local e Assinatura da Empresa

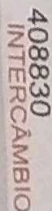
12/9/11 10/11/2011

55- Data, local e Assinatura da Empresa

12/9/11 10/11/2011



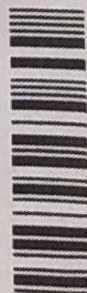
2-40



AMANDA LUCAS CL 2001
C/O JIM D. BULLOCK
CROSSP 122.842

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



409268
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012 4-Data de Autorização 13/01/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8014294 7-Data Validade da Santa 12/01/2012 12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

9-Plano

10-Empresa

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

14-Telefone

15-Data Validade do Plano

16-Endereço

17-Endereço

18-Endereço

19-Endereço

20-Endereço

21-Endereço

22-Endereço

23-Endereço

24-Endereço

25-Endereço

26-Endereço

27-Endereço

28-Endereço

29-Endereço

30-Endereço

31-Endereço

32-Endereço

33-Endereço

34-Endereço

35-Endereço

36-Endereço

37-Endereço

38-Endereço

39-Endereço

40-Endereço

41-Endereço

42-Endereço

43-Endereço

44-Endereço

45-Endereço

46-Endereço

47-Endereço

48-Endereço

49-Endereço

50-Endereço

51-Endereço

52-Endereço

53-Endereço

54-Endereço

55-Endereço

56-Endereço

57-Endereço

58-Endereço

59-Endereço

60-Endereço

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012 4-Data de Autorização 13/01/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8014294 7-Data Validade da Santa 12/01/2012 12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

9-Plano

10-Empresa

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

14-Telefone

15-Data Validade do Plano

16-Endereço

17-Endereço

18-Endereço

19-Endereço

20-Endereço

21-Endereço

22-Endereço

23-Endereço

24-Endereço

25-Endereço

26-Endereço

27-Endereço

28-Endereço

29-Endereço

30-Endereço

31-Endereço

32-Endereço

33-Endereço

34-Endereço

35-Endereço

36-Endereço

37-Endereço

38-Endereço

39-Endereço

40-Endereço

41-Endereço

42-Endereço

43-Endereço

44-Endereço

45-Endereço

46-Endereço

47-Endereço

48-Endereço

49-Endereço

50-Endereço

51-Endereço

52-Endereço

53-Endereço

54-Endereço

55-Endereço

56-Endereço

57-Endereço

58-Endereço

59-Endereço

60-Endereço

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 Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 2 1 8	44	OV	1	12,12,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	43	V	1	16,1,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
3-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	42	IVL	1	12,12,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
4-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	41	VIL	1	12,12,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	31	VIL	1	12,12,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
6-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	32	VIL	1	12,12,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
7-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	33	VIL	1	12,12,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
8-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	34	OL	1	16,1,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
9-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	36	OL	1	16,1,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	13	P	1	16,1,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	23	P	1	16,1,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	24	O	1	16,1,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	
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												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/01/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Endeodonta 45-Tipo de Fraturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 111251010 47-Valor Total R\$ 10,10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10,10

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 não tenho nenhum outro procedimento(s) agendado(s) para o mesmo paciente, e por mim assinado(s), fultorem 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 11/01/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 60-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Co-participante 11/01/2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/01/2012 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012 55-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 56-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 57-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 58-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012 59-Data, local e Assinatura do Operadora 11/01/2012

416513
INTERCÂMBIO[illegible][illegible]

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

49-Observation

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Circunlo-Dentista

11/12/1111/12101

51-Data, local e Assinatura do Circunlo-Dentista

11/12/1111/12101

52-Data, local e Assinatura do beneficiário / R/19-101

11/12/1111/12101

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/12/1111/12101

De: ANA MARIA SARAIVA DA SILVA
Coordenadora
CROSP 172.042

247

DADOS DO ESTABELECIMENTO13-NormDiagnose the Convergence31. *Cyrtopogon* *diversus*

ALAN D. COOPER

CONCLUSIONS

1810

13-10101181

5-1 1 11 1

7-11-11

—

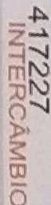
11

23

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

contralto, Deschard, e

11/21/11

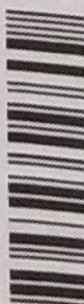
2-N^o

Dia: Ana Paula Soares da Silva
Rua: Rua do Sol
Cidade: Curitiba
CEP: 81212-642



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



417228
INTERCÂMBIO

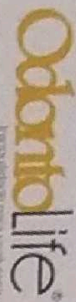
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/1111/210	4-Data de Autorização 11/21/1111/210	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8045649	7-Data Válida da Série 10/91/0121/211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10101210215110510610101911521013	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Data Válida da Carteira 11/11/1111/210					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Atuante ANA LUISA ODONI ALVES					
14-Data de Cancelamento do Tratamento 05/12/2008					
15-Atendimento a RVN					
16-Atendimento a RVN AMANDA SUANES DA SILVA					
17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA					
18-Número do Contrato Excitante AMANDA SUANES DA SILVA					
19-Número do Contrato Excitante AMANDA SUANES DA SILVA					
20-Nome do Profissional Excitante AMANDA SUANES DA SILVA					
21-Código na Operadora / CBO / CIP AMANDA SUANES DA SILVA					
22-Nome do Profissional Excitante AMANDA SUANES DA SILVA					
23-Número no CBO 122642					
24-Número no CBO 122642					
25-Número no CBO 122642					
26-Número no CBO 122642					
27-Número no CBO 122642					
28-Número no CBO 122642					
29-Número no CBO 122642					
30-Número no CBO 122642					
31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA					
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA					
33-Código Regio 1					
34-Fluxo 1					
35-Classe 1					
36-Quantidade US 131410101					
37-Valor 0,10,0,0					
38-Franchisa/Co-participação R\$ 51121111801					
39-Aut 51121111801					
40-Data de Realização 11/11/1111/210					
41-Moeda da Cláusula 42-Assinatura					
43-Data de Realização 11/11/1111/210					
44-Tipo de Atendimento 1					
45-Tipo de Atendimento 1					
46-Tipo de Atendimento 1					
47-Tipo de Atendimento 1					
48-Tipo de Atendimento 1					
49-Tipo de Atendimento 1					
50-Tipo de Atendimento 1					
51-Tipo de Atendimento 1					
52-Tipo de Atendimento 1					
53-Tipo de Atendimento 1					
54-Tipo de Atendimento 1					
55-Tipo de Atendimento 1					
56-Tipo de Atendimento 1					
57-Tipo de Atendimento 1					
58-Tipo de Atendimento 1					
59-Tipo de Atendimento 1					
60-Tipo de Atendimento 1					
61-Tipo de Atendimento 1					
62-Tipo de Atendimento 1					
63-Tipo de Atendimento 1					
64-Tipo de Atendimento 1					
65-Tipo de Atendimento 1					
66-Tipo de Atendimento 1					
67-Tipo de Atendimento 1					
68-Tipo de Atendimento 1					
69-Tipo de Atendimento 1					
70-Tipo de Atendimento 1					
71-Tipo de Atendimento 1					
72-Tipo de Atendimento 1					
73-Tipo de Atendimento 1					
74-Tipo de Atendimento 1					
75-Tipo de Atendimento 1					
76-Tipo de Atendimento 1					
77-Tipo de Atendimento 1					
78-Tipo de Atendimento 1					
79-Tipo de Atendimento 1					
80-Tipo de Atendimento 1					
81-Tipo de Atendimento 1					
82-Tipo de Atendimento 1					
83-Tipo de Atendimento 1					
84-Tipo de Atendimento 1					
85-Tipo de Atendimento 1					
86-Tipo de Atendimento 1					
87-Tipo de Atendimento 1					
88-Tipo de Atendimento 1					
89-Tipo de Atendimento 1					
90-Tipo de Atendimento 1					
91-Tipo de Atendimento 1					
92-Tipo de Atendimento 1					
93-Tipo de Atendimento 1					
94-Tipo de Atendimento 1					
95-Tipo de Atendimento 1					
96-Tipo de Atendimento 1					
97-Tipo de Atendimento 1					
98-Tipo de Atendimento 1					
99-Tipo de Atendimento 1					
100-Tipo de Atendimento 1					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, apelo o auxílio a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), (ouforam 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, apelo o auxílio a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), (ouforam 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, apelo o auxílio a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), (ouforam 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, apelo o auxílio a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), (ouforam 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

4064 14

3-Data de Emissão da Guia

11/11/11 11/12/10

4-Data de Autorização

11/12/11 11/12/10

5-Serão

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8045653

7-Data Validade da Guia

10/12/10 12/12/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GUILHERME VITORIO ODONI ALVES

16-Atendimento a RN

AMANDA SUANES DA SILVA

17-Nome do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

20-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

21-Código de Procedimento

31-00 8100065

22-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

23-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

24-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

25-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

26-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

27-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

28-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

29-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

30-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

31-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

32-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

33-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

34-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

35-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

36-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

37-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

38-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

39-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

40-Atividade do Profissional Solicitante

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

11/12/11/12/10

41-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

42-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

43-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

44-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

45-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

46-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

47-Atividade do Profissional Solicitante

AMANDA SUANES DA SILVA

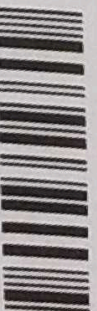
48-Atividade do Profissional Solicitante

11/12/11/12/10



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



417233
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/210	4-Data de Autenticação 11/21/11 11/210	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8045665	7-Data Validação da Série 10/19/10 12/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional do Saúde

8-Data de Benefício 10/10/2012 151105106009115121015	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	15-Nome do titular do plano WAGNER ROBERTO ALVES
---	--------------------------------	--	---	---

13-Nome
MANUELA FERNANDA ODOMI ALVES

06/02/2013

16-Atendimento a RN
AMANDA SUANES DA SILVA

17-Nome de Profissional Solicitante
AMANDA SUANES DA SILVA

18-Número no CRO
122642

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1314513176181181317111

22-Nome do Contratado Excepcional
AMANDA SUANES DA SILVA

23-Número no CRO
122642

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Excepcional
AMANDA SUANES DA SILVA

28-Número no CRO
122642

29-UF
SP

30-Código CBO S

31-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Data Regio
11/11/11

34-Preço
11

35-Cid
13

36-Quantidade US
141010

37-Valor
101010

38-Franquia/Co-participação R\$
101010

39-Aut
101010

40-Data de Realização
11/11/11

41-Motivo da Ocorrência

42-Assinatura

43-Data de Emissão da Guia

44-Data de Autenticação

45-Série

46-Número da Guia Principal

47-Data Validação da Série

48-Número do Cartão Nacional do Saúde

49-Data de Benefício

50-Plano

51-Empresa

52-Data Validade da Carteira

53-Nome do titular do plano

54-Atendimento a RN

55-Nome de Profissional Solicitante

56-Número no CRO

57-UF

58-Código CBO S

59-Faturar Empresa

60-Código na Operadora / CNPJ / CPF

61-Nome do Contratado Excepcional

62-Número no CRO

63-UF

64-Código CNES

65-Código CBO S

66-Nome do Profissional Excepcional

67-Número no CRO

68-UF

69-Código CBO S

70-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

71-Descrição

72-Data Regio

73-Preço

74-Cid

75-Quantidade US

76-Valor

77-Franquia/Co-participação R\$

78-Aut

79-Data de Realização

80-Motivo da Ocorrência

81-Assinatura

82-Data de Emissão da Guia

83-Data de Autenticação

84-Série

85-Número da Guia Principal

86-Data Validação da Série

87-Número do Cartão Nacional do Saúde

88-Data de Benefício

89-Plano

90-Empresa

91-Data Validade da Carteira

92-Nome do titular do plano

93-Atendimento a RN

94-Nome de Profissional Solicitante

95-Número no CRO

96-UF

97-Código CBO S

98-Faturar Empresa

99-Código na Operadora / CNPJ / CPF

100-Nome do Contratado Excepcional

101-Número no CRO

102-UF

103-Código CNES

104-Código CBO S

105-Nome do Profissional Excepcional

106-Número no CRO

107-UF

108-Código CBO S

109-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

110-Descrição

111-Data Regio

112-Preço

113-Cid

114-Quantidade US

115-Valor

116-Franquia/Co-participação R\$

117-Aut

118-Data de Realização

119-Motivo da Ocorrência

120-Assinatura

121-Data de Emissão da Guia

122-Data de Autenticação

123-Série

124-Número da Guia Principal

125-Data Validação da Série

126-Número do Cartão Nacional do Saúde

127-Data de Benefício

128-Plano

129-Empresa

130-Data Validade da Carteira

131-Nome do titular do plano

132-Atendimento a RN

133-Nome de Profissional Solicitante

134-Número no CRO

135-UF

136-Código CBO S

137-Faturar Empresa

138-Código na Operadora / CNPJ / CPF

139-Nome do Contratado Excepcional

140-Número no CRO

141-UF

142-Código CNES

143-Código CBO S

144-Nome do Profissional Excepcional

145-Número no CRO

146-UF

147-Código CBO S

148-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

149-Descrição

150-Data Regio

151-Preço

152-Cid

153-Quantidade US

154-Valor

155-Franquia/Co-participação R\$

156-Aut

157-Data de Realização

158-Motivo da Ocorrência

159-Assinatura

160-Data de Emissão da Guia

161-Data de Autenticação

162-Série

163-Número da Guia Principal

164-Data Validação da Série

165-Número do Cartão Nacional do Saúde

166-Data de Benefício

167-Plano

168-Empresa

169-Data Validade da Carteira

170-Nome do titular do plano

171-Atendimento a RN

172-Nome de Profissional Solicitante

173-Número no CRO

174-UF

175-Código CBO S

176-Faturar Empresa

177-Código na Operadora / CNPJ / CPF

178-Nome do Contratado Excepcional

179-Número no CRO

180-UF

181-Código CNES

182-Código CBO S

183-Nome do Profissional Excepcional

184-Número no CRO

185-UF

186-Código CBO S

187-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

188-Descrição

189-Data Regio

190-Preço

191-Cid

192-Quantidade US

193-Valor

194-Franquia/Co-participação R\$

195-Aut

196-Data de Realização

197-Motivo da Ocorrência

198-Assinatura

199-Data de Emissão da Guia

200-Data de Autenticação

201-Série

202-Número da Guia Principal

203-Data Validação da Série

204-Número do Cartão Nacional do Saúde

205-Data de Benefício

206-Plano

207-Empresa

208-Data Validade da Carteira

209-Nome do titular do plano

210-Atendimento a RN

211-Nome de Profissional Solicitante

212-Número no CRO

213-UF

214-Código CBO S

215-Faturar Empresa

216-Código na Operadora / CNPJ / CPF

217-Nome do Contratado Excepcional

218-Número no CRO

219-UF

220-Código CNES

221-Código CBO S

222-Nome do Profissional Excepcional

223-Número no CRO

224-UF

225-Código CBO S

226-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

227-Descrição

228-Data Regio

229-Preço

230-Cid

231-Quantidade US

232-Valor

233-Franquia/Co-participação R\$

234-Aut

235-Data de Realização

236-Motivo da Ocorrência

237-Assinatura

238-Data de Emissão da Guia

239-Data de Autenticação

240-Série

241-Número da Guia Principal

242-Data Validação da Série

243-Número do Cartão Nacional do Saúde

244-Data de Benefício

245-Plano

246-Empresa

247-Data Validade da Carteira

248-Nome do titular do plano

249-Atendimento a RN

250-Nome de Profissional Solicitante

251-Número no CRO

252-UF

253-Código CBO S

254-Faturar Empresa

255-Código na Operadora / CNPJ / CPF

256-Nome do Contratado Excepcional

257-Número no CRO

258-UF

259-Código CNES

260-Código CBO S

261-Nome do Profissional Excepcional

262-Número no CRO

263-UF

264-Código CNES

265-Código CBO S

266-Nome do Profissional Excepcional

267-Número no CRO

268-UF

269-Código CNES

270-Código CBO S

271-Nome do Profissional Excepcional

272-Número no CRO

273-UF

274-Código CNES

275-Código CBO S

276-Nome do Profissional Excepcional

277-Número no CRO

278-UF

279-Código CNES

280-Código CBO S

281-Nome do Profissional Excepcional

282-Número no CRO

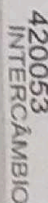
283-UF

284-Código CNES

285-Código CBO S

286-Nome

42

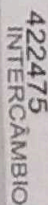


Dr. Amanda Suarez Lopez
Civil Engineer
2008-12-12

244

[illegible]

248



Dr. Amanda Sampedro da Silva
CN 014.767.814
CRESP. 12.0642

241

423910
INTERCĂMBIO

Dr. Alina Vasilescu S.N.
Cirurgia Dentista
OROSP 122.642

2-N⁺425238
INTERO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/3/11/1/1/2/0/1	4-Data de Autorização 12/6/11/1/1/2/0/1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8079421	12/1/1/0/2/1/2/1
--------------------------	---	--	--------------------------	---------------------------------------	------------------

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número de Carteira
10 0 2 0 1 2 5 1 0 5 1 5 0 6 0 0 7 1 5 5 6 0 3	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	4

13-Nome	14-Telefone
OTAVIO COELHO PASTANA DA SILVA	() - - - - -
16/12/2012	
	15-Endereço do aluno ou pais
	JOYCE COELHO DA SILVA

Código do Contribuinte (NIF) e Nome do Titular		18-Número do CRO		19-LF		20-Código CBO 5	
16-Atribuição a FN		17-Nome do Profissional Solicitante		SP			
N		AMANDA SUANES DA SILVA				025 - Faturar Empresa	

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	13451371681183711111
22-Nome do Contratado Encarregado	AMANDA SUANES DA SILVA
23-Número no CRO	122642
24-UF	SP
25-Código CIES	

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Número na CRO	28-Uf	29-Código CBO 5
AMANDA SIJANES DA SILVA	122642	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos					

30-Título	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Finco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Financiam. Co-participação R\$	39-Aut	40-Ob
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	-----------------------------------	--------	-------

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 0 6 5 1 CONSULTA ODONTOLÓGICA

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

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

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a screen displaying a target (a vertical line) and a starting point (a horizontal line). The subject's hand is positioned at the starting point, and the target is located at a distance of 10 cm from the starting point. The subject is instructed to move their hand from the starting point to the target. The distance between the starting point and the target is labeled as 10 cm. The subject's hand is shown in two positions: at the starting point and at the target. The target is a vertical line, and the starting point is a horizontal line. The subject's hand is shown in two positions: at the starting point and at the target. The distance between the starting point and the target is labeled as 10 cm.

0.0

[illegible][illegible][illegible]

18

43-Data Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	1 0 0 0
47-Valor Total R\$	

[illegible]

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

A hand-drawn diagram of a cell. It features a large, irregular outer boundary representing the cell membrane. Inside, there is a smaller, more rounded structure representing the nucleus, which is filled with a stippled or dotted pattern. The space between the nucleus and the cell membrane is filled with a wavy, scribbled pattern representing the cytoplasm. The drawing is done in blue ink on a white background.

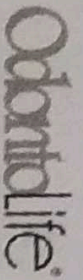
A hand-drawn diagram of a river. The river is represented by two parallel lines. On the left side, the river has a meandering channel with several loops. On the right side, the river is straightened, with a single straight line representing the channel. The straightened section is labeled 'Straightened'.

50-Dado, local e Assinatura do Conselho-Direção Social	
51-Dado, local e Assinatura do Conselho-Direção	
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Dado, local e Confirmação da Empresa	

a	b	c
d	e	f
g	h	i
j	k	l
m	n	o
p	q	r
s	t	u
v	w	x
y	z	

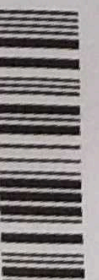
A hand-drawn diagram of a cell. It features a large, irregular outer boundary representing the cell membrane. Inside, there is a smaller, more rounded structure representing the nucleus, which is filled with a stippled pattern. The space between the nucleus and the cell membrane is filled with a wavy, scribbled pattern representing the cytoplasm. A small, dark dot is visible near the top left of the nucleus.

(



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



427356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406814

3-Data de Emissão da Guia
12/5/11/11/2101

4-Data de Autopreciação
12/6/11/11/2101

5-Serviço
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8088322

7-Data Validade da Guia
12/3/11/02/11/211

8-Data de Validade da Guia
10/02/12/05/2104/9101010101010101

9-Financiamento
POS REDE PRESTADORA

10-Entidade
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUCIANE NEVES SANTOS

14-1ª Data de Vencimento
14/08/1980

15-Nome do titular do plano
LUCIANE NEVES SANTOS

16-Endereço do Contratado
AMANDA SUANES DA SILVA

17-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

18-UF
SP

19-Código CBO S
025 -

20-Código CBO S
Faturar Empresa

21-Código na Carteira / CNPJ / CPF
34537681837

22-Nome do Contratado
AMANDA SUANES DA SILVA

23-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

24-UF
SP

25-Código CBO S
025 -

26-Código CBO S
Faturar Empresa

27-Nome do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

28-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

29-UF
SP

30-Código CBO S
025 -

31-Código CBO S
Faturar Empresa

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Quantidade US
34

35-Valor
0,00

36-Franchising Co-participação R\$

37-Atividade
40-Data de Realização

38-Atividade
41-Atividade da Guia

39-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

40-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

41-UF
SP

42-Código CBO S
025 -

43-Código CBO S
Faturar Empresa

44-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

45-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

46-UF
SP

47-Código CBO S
025 -

48-Código CBO S
Faturar Empresa

49-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

50-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

51-UF
SP

52-Código CBO S
025 -

53-Código CBO S
Faturar Empresa

54-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

55-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

56-UF
SP

57-Código CBO S
025 -

58-Código CBO S
Faturar Empresa

59-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

60-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

61-UF
SP

62-Código CBO S
025 -

63-Código CBO S
Faturar Empresa

64-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

65-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

66-UF
SP

67-Código CBO S
025 -

68-Código CBO S
Faturar Empresa

69-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

70-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

71-UF
SP

72-Código CBO S
025 -

73-Código CBO S
Faturar Empresa

74-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

75-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

76-UF
SP

77-Código CBO S
025 -

78-Código CBO S
Faturar Empresa

79-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

80-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

81-UF
SP

82-Código CBO S
025 -

83-Código CBO S
Faturar Empresa

84-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

85-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

86-UF
SP

87-Código CBO S
025 -

88-Código CBO S
Faturar Empresa

89-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

90-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

91-UF
SP

92-Código CBO S
025 -

93-Código CBO S
Faturar Empresa

94-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

95-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

96-UF
SP

97-Código CBO S
025 -

98-Código CBO S
Faturar Empresa

99-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

100-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

101-UF
SP

102-Código CBO S
025 -

103-Código CBO S
Faturar Empresa

104-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

105-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

106-UF
SP

107-Código CBO S
025 -

108-Código CBO S
Faturar Empresa

109-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

110-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

111-UF
SP

112-Código CBO S
025 -

113-Código CBO S
Faturar Empresa

114-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

115-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

116-UF
SP

117-Código CBO S
025 -

118-Código CBO S
Faturar Empresa

119-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

120-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

121-UF
SP

122-Código CBO S
025 -

123-Código CBO S
Faturar Empresa

124-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

125-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

126-UF
SP

127-Código CBO S
025 -

128-Código CBO S
Faturar Empresa

129-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

130-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

131-UF
SP

132-Código CBO S
025 -

133-Código CBO S
Faturar Empresa

134-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

135-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

136-UF
SP

137-Código CBO S
025 -

138-Código CBO S
Faturar Empresa

139-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

140-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

141-UF
SP

142-Código CBO S
025 -

143-Código CBO S
Faturar Empresa

144-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

145-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

146-UF
SP

147-Código CBO S
025 -

148-Código CBO S
Faturar Empresa

149-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

150-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

151-UF
SP

152-Código CBO S
025 -

153-Código CBO S
Faturar Empresa

154-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

155-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

156-UF
SP

157-Código CBO S
025 -

158-Código CBO S
Faturar Empresa

159-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

160-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

161-UF
SP

162-Código CBO S
025 -

163-Código CBO S
Faturar Empresa

164-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

165-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

166-UF
SP

167-Código CBO S
025 -

168-Código CBO S
Faturar Empresa

169-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

170-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

171-UF
SP

172-Código CBO S
025 -

173-Código CBO S
Faturar Empresa

174-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

175-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

176-UF
SP

177-Código CBO S
025 -

178-Código CBO S
Faturar Empresa

179-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

180-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

181-UF
SP

182-Código CBO S
025 -

183-Código CBO S
Faturar Empresa

184-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

185-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

186-UF
SP

187-Código CBO S
025 -

188-Código CBO S
Faturar Empresa

189-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

190-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

191-UF
SP

192-Código CBO S
025 -

193-Código CBO S
Faturar Empresa

194-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

195-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

196-UF
SP

197-Código CBO S
025 -

198-Código CBO S
Faturar Empresa

199-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

200-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

201-UF
SP

202-Código CBO S
025 -

203-Código CBO S
Faturar Empresa

204-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

205-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

206-UF
SP

207-Código CBO S
025 -

208-Código CBO S
Faturar Empresa

209-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

210-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

211-UF
SP

212-Código CBO S
025 -

213-Código CBO S
Faturar Empresa

214-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

215-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

216-UF
SP

217-Código CBO S
025 -

218-Código CBO S
Faturar Empresa

219-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

220-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

221-UF
SP

222-Código CBO S
025 -

223-Código CBO S
Faturar Empresa

224-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

225-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

226-UF
SP

227-Código CBO S
025 -

228-Código CBO S
Faturar Empresa

229-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

230-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

231-UF
SP

232-Código CBO S
025 -

233-Código CBO S
Faturar Empresa

234-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

235-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

236-UF
SP

237-Código CBO S
025 -

238-Código CBO S
Faturar Empresa

239-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

240-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

241-UF
SP

242-Código CBO S
025 -

243-Código CBO S
Faturar Empresa

244-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

245-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

246-UF
SP

247-Código CBO S
025 -

248-Código CBO S
Faturar Empresa

249-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

250-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

251-UF
SP

252-Código CBO S
025 -

253-Código CBO S
Faturar Empresa

254-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

255-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

256-UF
SP

257-Código CBO S
025 -

258-Código CBO S
Faturar Empresa

259-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

260-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

261-UF
SP

262-Código CBO S
025 -

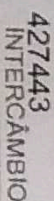
263-Código CBO S
Faturar Empresa

264-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

265-Endereço do Profissional
AMANDA SUANES DA SILVA

266-UF
SP

W-2



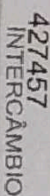
Declaro, ainda que o(s) procediment(o)s acima, e por mim assinado(s), fof(arem) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-a at(a) com os custos conforme previsto em contrato.

Alterada a Guia de temporaria para definitiva

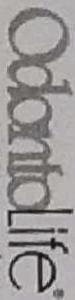
50-Data, local e Assinatura do Circulante-Deficiente	26/11/2011	Assinatura
51-Data, local e Assinatura do Circulante-Deficiente	26/11/2011	Assinatura
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Recorrido	26/11/2011	X
53-Dia, local e Caminho da Entressa	26/11/2011	Assinatura

Cirurgia Dentista
CROSP 122.642

2-M

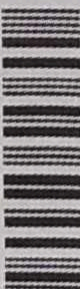


Dr. Auriana Soares da Silva



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



427466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/5/11 11/2/01 3-Dados de Autuação 12/6/11 11/2/01 4-Sigla AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8088581 6-Dados de Validação da Série 12/3/10 12/1/2/1

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/3/8/5/9/8/0/0/0/0/1/0/3/ 7-Plano POS REDE PRESTADORA 8-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 9-Telefone 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dados de Validação da Carteira 12-Endereço do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MIGUEL ARAUJO DO NASCIMENTO 14-Endereço 24/07/2019 15-Endereço 16-Endereço 17-Endereço 18-Endereço 19-Endereço 20-Endereço 21-Endereço 22-Endereço 23-Endereço 24-Endereço 25-Endereço 26-Endereço 27-Endereço 28-Endereço 29-Endereço 30-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

1-0/0/8/1/0/0/0/0/6/5/ CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

37-Endereço

38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

43-Dados Pessoais e do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

45-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

46-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

47-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

48-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

49-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

50-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Engenharia Emergência

Defendo, 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 a 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, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Declaração Alterada a Guia de Temporária para definitiva

50-Dados Pessoais e do Tratamento

51-Dados Pessoais e do Tratamento

52-Dados Pessoais e do Tratamento

53-Dados Pessoais e do Tratamento

54-Dados Pessoais e do Tratamento

55-Dados Pessoais e do Tratamento

56-Dados Pessoais e do Tratamento

57-Dados Pessoais e do Tratamento

58-Dados Pessoais e do Tratamento

59-Dados Pessoais e do Tratamento

60-Dados Pessoais e do Tratamento

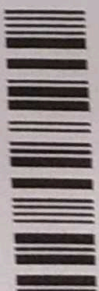
61-Dados Pessoais e do Tratamento

62-Dados Pessoais e do Tratamento

63-Dados Pessoais e do Tratamento

64-Dados Pessoais e do Tratamento

204

396642
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 10/11/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7961593	7-Data Vencimento da Série 13/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

0	1	0	2	1	0	5	5	0	6	0	1	7	3	3	1	0	2	0	1	0	2	1	0	5	5	0	6	0	1	7	3	3	1	0	2
04/07/1982																		04/07/1982																	
INSTITUTO DE ASSISTENCIA																		INSTITUTO DE ASSISTENCIA																	
FABIANO ALVIM MARTINS																		FABIANO ALVIM MARTINS																	

16-Atendimento a RN	17-Área do Profissional Contador	18-Número no CBO	19-UF	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
N	AMANDA SUANES DA SILVA	122642	SP		
21-Código na Operadora: CNPJ/CPF	22-Nome do Contribuinte Exatidão	23-Número no CBO	24-UF	26-Código CHES	
131453761811837	AMANDA SUANES DA SILVA	122642	SP		
28-Nome do Profissional Educante	AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CBO	29-UF	30-Código CBO 9	
		122642	SP		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Arco	34- Área	35- Clí	36- Quantidade Un	37- Valor	38- Valor Participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Oção	42- Assinatura
1- 0	0	6	2	2	9	MANUTENCAO ORTODONTICA						
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quilômetro Un

47- Valor Total R\$

48- Total Participação Cor-Participação R\$

1- Tratamento Ortodôntico

2- Exame Radiológico

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

1- Total

2- Parcial

1- Total

2- Parcial

1- Total

2- Parcial

1- Total

2- Parcial

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), (for)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

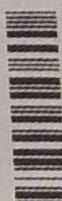
Dr. Amanda Suarez da Silva

Dr. Amanda Soares da Silva
Cirurgia Dentista
CRORSP 122.642

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador

424430



1 - Recibo ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2	
6 - Código da Operação		7 - Nome do Contratado		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Arribado pelo	
3 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1		122642SP - AMANDA SUANES DA SILVA		4 2 4 4 3 0	
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		12 -	
Dados do Recurso da Guia		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Arribado pelo Operadora		15 - Status	
3 7 2 3 8 0		3 7 2 3 8 0		AUTORIZADO	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		16 - Beneficiário	
				00202510550601796802 - SUELI LOPES DOS SANTOS	
Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região		22 - Faço	
20 - Data de Realização do Procedimento		28 - Valor Recusado		23 - Quantidade	
30 - Valor Aceito		31 - Justificativa da Operação		24 - Tabela	
				25 - Procedimento/Item Assencial	
				26 - Descrição do Procedimento	
				27 - Código da Glosa	
1 - 0 1 9 0 9 0 2 0 2 0		3 7		0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8	
2 - 0 1 5 9 9 0					
3 - 0 0 0 0					
4 - 0 0 0 0					
5 - 0 0 0 0					
6 - 0 0 0 0					
7 - 0 0 0 0					
8 - 0 0 0 0					
9 - 0 0 0 0					
10 - 0 0 0 0					
11 - 0 0 0 0					
12 - 0 0 0 0					
13 - 0 0 0 0					
14 - 0 0 0 0					
15 - 0 0 0 0					
16 - 0 0 0 0					
17 - 0 0 0 0					
18 - 0 0 0 0					
19 - 0 0 0 0					
20 - 0 0 0 0					
21 - 0 0 0 0					
22 - 0 0 0 0					
23 - 0 0 0 0					
24 - 0 0 0 0					
25 - 0 0 0 0					
26 - 0 0 0 0					
27 - 0 0 0 0					
28 - 0 0 0 0					
29 - 0 0 0 0					
30 - 0 0 0 0					
31 - 0 0 0 0					
32 - 0 0 0 0					
33 - 0 0 0 0					
34 - 0 0 0 0					
35 - 0 0 0 0					
36 - 0 0 0 0					
37 - 0 0 0 0					

Dr. Amanda Suanes da Silva
CROSP 122642

36 - Data de Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

2-N⁺

Advent

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido 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), (realizam/realizarei) com meu consentimento e de forma voluntária. Autorizo a Operadora a digitar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observații

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante
11/3/10 9/12-10

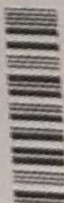
11/11/2017

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

3-Data, local e Carimbo da Empresa

Die. Anaykós Suarez de Silva

GROUP 12.6A
CROSP 122.6A



424432

[illegible]

[illegible]

387411
INTERCÂMBIO

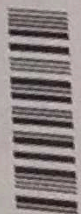
1

Faturar Empresa4B-Total Funguio / Co-participação R\$

assistente e arcar com os custos previstos em contrato que assina esse documento, os valores

Dr. Armando Salas de S.

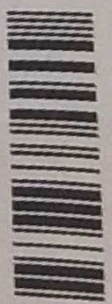
~~Dr. Amanda Sparks DDS
Cruzga Dentist
CROPER 122.642~~

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012
4-Data de Autorização 08/11/2012
5-Série AUTORIZADO 7924398
6-Número da Guia Principal 7924398
7-Data Validação da Série 30/11/2012
8-Data Validação da Guia 30/11/2012

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

13-Nome ROSANGELA DIAS SUZUKI
14-Telefone
15-Nome do titular do plano ROSANGELA DIAS SUZUKI

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA
18-Número no CRO 122642
19-UF SP
20-Código CBO 5
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3453781837
22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA
23-Número no CRO 122642
24-UF SP
25-Código CHES
26-Código CBO 5
27-Número no CRO 122642
28-UF SP
29-Código CBO 5
2-Operadora AMANDA SUANES DA SILVA
3-Data de Realização 07/10/1968
4-Valor da Guia 025 -
5-Enviar - RX
6-Enviar - RX
7-Enviar - RX
8-Enviar - RX
9-Enviar - RX
10-Enviar - RX
11-Enviar - RX
12-Enviar - RX
13-Enviar - RX
14-Enviar - RX
15-Enviar - RX
16-Enviar - RX
17-Enviar - RX
18-Enviar - RX
19-Enviar - RX
20-Enviar - RX
21-Enviar - RX
22-Enviar - RX
23-Enviar - RX
24-Enviar - RX
25-Enviar - RX
26-Enviar - RX
27-Enviar - RX
28-Enviar - RX
29-Enviar - RX
30-Enviar - RX
31-Enviar - RX
32-Enviar - RX
33-Enviar - RX
34-Enviar - RX
35-Enviar - RX
36-Enviar - RX
37-Enviar - RX
38-Enviar - RX
39-Enviar - RX
40-Enviar - RX
41-Enviar - RX
42-Enviar - RX
43-Enviar - RX
44-Enviar - RX
45-Enviar - RX
46-Enviar - RX
47-Enviar - RX
48-Enviar - RX
49-Enviar - RX
50-Enviar - RX
51-Enviar - RX
52-Enviar - RX
53-Enviar - RX
54-Enviar - RX
55-Enviar - RX
56-Enviar - RX
57-Enviar - RX
58-Enviar - RX
59-Enviar - RX
60-Enviar - RX
61-Enviar - RX
62-Enviar - RX
63-Enviar - RX
64-Enviar - RX
65-Enviar - RX
66-Enviar - RX
67-Enviar - RX
68-Enviar - RX
69-Enviar - RX
70-Enviar - RX
71-Enviar - RX
72-Enviar - RX
73-Enviar - RX
74-Enviar - RX
75-Enviar - RX
76-Enviar - RX
77-Enviar - RX
78-Enviar - RX
79-Enviar - RX
80-Enviar - RX
81-Enviar - RX
82-Enviar - RX
83-Enviar - RX
84-Enviar - RX
85-Enviar - RX
86-Enviar - RX
87-Enviar - RX
88-Enviar - RX
89-Enviar - RX
90-Enviar - RX
91-Enviar - RX
92-Enviar - RX
93-Enviar - RX
94-Enviar - RX
95-Enviar - RX
96-Enviar - RX
97-Enviar - RX
98-Enviar - RX
99-Enviar - RX
100-Enviar - RX

30-Tabella 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Autor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Assinatura

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

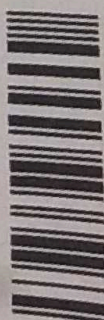
1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-
16-
17-
18-
19-
20-
21-
22-
23-
24-
25-
26-
27-
28-
29-
30-
31-
32-
33-
34-
35-
36-
37-
38-
39-
40-
41-
42-
43-
44-
45-
46-
47-
48-
49-
50-
51-
52-
53-
54-
55-
56-
57-
58-
59-
60-
61-
62-
63-
64-
65-
66-
67-
68-
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

1-0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1
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-

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 8/12/10 4-Data de Autorização 12/06/10 8/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7772034 7-Data Validade da Guia 10/06/11 11/12/10

353467
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/12 5/3/07 12/6/10 0/0/0/1/0/2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome NATALIA CAROLINA DE MORAES TOLEDO 30/05/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDO TOLEDO DA CRUZ

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/4/5/3/7/6/8/1/8/3/7 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-37 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Código CBO S 31-Código CBO S 32-Código CBO S 33-Franchisa/Co-participação R\$ 34-Aut. 35-Data de Realização 36-Motivo da Oclusão 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-10/0/8/5/2/0/0/1/5/8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37	1	1	5	3,3,10,0	0,10,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0
2-10/0/8/1/0/0/0/4/2/1	RX PERIAPICAL	RME	1	1	1	4,10,0	0,10,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0
3-10/0/8/5/1/0/0/1/9/6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6	1,10,0	0,10,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0	15,0,0,0,0
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data de Emissão da Guia 30/05/1994 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 16,0,8,10,0 47-Maior Total R\$ 10,10,0 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 10,10,0

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, 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), tornaram 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.

Dra. Amanda Suane da Silva

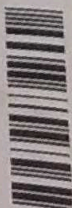
Cirurgiã Dentista

CRO/SP 120423

49-Observação 50-Data Total e Assinatura do Contratado Executante 51-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário 52-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário 53-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário

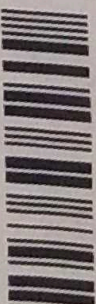
2 - N° Guia no Prestador

379128

27 - Código de Glória

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



323248
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 11/01/06 12/01 4-Data de Autorização 11/06/06 12/01 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7628772 7-Data Validade da Guia 10/08/10 09/12/10

8-Data do Benefício 01/02/02 05/10/05 06/07/07 03/05/01 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome VILMAR GUERRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano VILMAR GUERRA

16-Adesão a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CMES Enviar - RX (IF) 85200166-21 (I) 81000421- (IF) 85200159-46 26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Franchise/Co-participação R\$ 39-Ali 40-Data de Realização 41-Motivo de Cisão 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Fração	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ali	40-Data de Realização	41-Motivo de Cisão	42-Assinatura
1-0	0	8	5	2	0	0	1	6	6			
2-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
3-10	0	8	5	2	0	0	1	5	8			
4-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
5-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
6-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
7-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
8-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
9-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
10-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
11-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
12-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
13-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
14-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
15-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
16-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
17-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
18-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
19-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
20-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
21-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
22-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
23-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
24-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
25-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
26-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
27-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
28-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
29-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
30-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
31-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
32-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
33-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
34-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
35-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
36-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
37-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
38-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
39-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
40-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
41-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
42-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
43-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
44-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
45-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
46-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
47-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
48-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
49-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
50-10	0	8	1	0	0	0	4	2	1			

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), colliam 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.

40-Observação

50-Endereço Local e Assinatura do Grupo Odontológico 51-Endereço Local e Assinatura do Grupo Odontológico 52-Endereço Local e Assinatura do Grupo Odontológico 53-Endereço Local e Assinatura do Grupo Odontológico 54-Endereço Local e Assinatura do Grupo Odontológico 55-Endereço Local e Assinatura do Grupo Odontológico

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

OMOLOG

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador

362248



1 - Nome da Operadora
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso
[2]

5 - Número da Guia de Recurso da Operadora Arquivada pelo
3 6 2 2 4 8

6 - Código na Operadora
3 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1

7 - Nome do Contratado
125642SP - AMANDA SUANES DA SILVA

11 - Justificativa

12 -

8 - Número do Lote

9 - Número do Produto

10 - Código da Guia do Produto

11 - Justificativa

12 -

13 - Número da Guia no Prestador

14 - Número da Guia Arquivada pelo Operadora

15 - Status

16 - Beneficiário

11 - Justificativa

12 -

17 - Código da Guia da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de nota e guia)

15 - Status

16 - Beneficiário

11 - Justificativa

12 -

19 -

20 - Valor Recusado

21 - Data de Realização do Procedimento

22 - Fase

23 - Justificativa do Prestador

24 -

25 - Valor Anulado

26 - Justificativa da Operadora

27 - Data de Realização do Procedimento

28 - Fase

29 - Justificativa do Prestador

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 -

1 - Justificativa (no caso de recurso de nota e guia)

21 - Data de Realização do Procedimento

22 - Fase

23 - Justificativa do Prestador

24 -

25 -

26 - Justificativa da Operadora

27 - Data de Realização do Procedimento

28 - Fase

29 - Justificativa do Prestador

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 - Justificativa (no caso de recurso de nota e guia)

21 - Data de Realização do Procedimento

22 - Fase

23 - Justificativa do Prestador

24 -

25 -

26 - Justificativa da Operadora

27 - Data de Realização do Procedimento

28 - Fase

29 - Justificativa do Prestador

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 - Justificativa (no caso de recurso de nota e guia)

21 - Data de Realização do Procedimento

22 - Fase

23 - Justificativa do Prestador

24 -

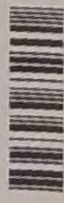
25 -

26 - Justificativa da Operadora

27 - Data de Realização do Procedimento

28 - Fase

OLIFE[®] GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



362248

3 - Nome da Operadora
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso
[2]

5 - Número da Guia de Recursos da Clínica Arribado pelo
3 6 2 2 4 8

7 - Nome do Centralista
122642SP - AMANDA SUANES DA SILVA

6 - Código na Contabilidade
1 3 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1

8 - Número do Lote

9 - Número do Procedimento

10 - Código da Guia do Procedimento

11 - Justificativa

12 -

13 - Número da Guia no Prestador

14 - Número da Guia Arribado pela Operadora

15 - Status
CONCLUIDO

16 - Beneficiário
P0202510550600703501 - VILMAR GUERRA

17 - Código da Guia da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Denúncia Regio

22 - Fapo

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento em Assessoria

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Guia

28 - Valor Recursado

29 - Valor Recursado

30 - Valor Acabado

31 - Justificativa da Operadora

32 - Valor Total Recursado (R\$)

33 - Valor Total Acabado (R\$)

34 - Data do Recurso

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

1 - 1 0 0 6 2 0 2 0 2 1 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8
TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR
[3 0 4 0]

2 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8
TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR
[3 0 4 0]

3 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8
Radiografias não permitem análise das endodontias.

4 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

5 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

6 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

7 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

8 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

9 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

10 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

11 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

12 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

13 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

14 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

15 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

16 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

17 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

18 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

19 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

20 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

21 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

22 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

23 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

24 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

25 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

26 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

27 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

28 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

29 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

30 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

31 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

32 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

33 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

34 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

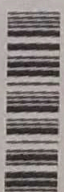
35 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

36 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

37 - 1 0 0 6 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8

Dr. Amanda Suane da Silva
Clínica Dental
0202512642

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



362248

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia do Recurso de Glosas Arquivado pelo

362248

3 - Nome da Operadora
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

7 - Nome do Contratado

122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

13 - Número da Guia no Prestador

323248

15 - Status

CONCLUIDO

16 - Beneficiário

P0202510590600703501 - VILMAR GUERRA

17 - Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia)

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

28 - Valor Recusado

30 - Valor Aceitado

21 - Dente/Raio

22 - Fase

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assinatural

26 - Descrição do Procedimento

19 -

IN

27 - Código da Glosa

30440

TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR

30440

Radiografias não permitem análise das endodontias.

for Ambrósio imagem

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR

30440

Radiografias não permitem análise das endodontias.

imagem

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

0 -

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

0 -

32 - Valor Total Recusado (R\$)

237430

33 - Valor Total Aceitado (R\$)

0400

34 - Data do Recurso

16/06/2020

35 - Assinatura do Prestador

Dra. Amanda Suane da Silva

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

8805P172 842

[illegible]353616
INTERCAMBIO

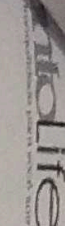
50-Dentista local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável

51-Dentista local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Dentista local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dentista local e Assinatura do Emprego

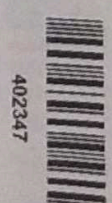
Doutor em Odontologia
Cirurgião Dentista



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador

402347



3 - Nome da Operadora
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso
12

5 - Número da Guia do Recurso de Glosas Atribuído pelo
402347

7 - Nome do Correlado
122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA

9 - Número do Protocolo
122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA

10 - Código da Guia do Protocolo
122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA

11 - Justificativa

13 - Número da Guia no Prestador
353616

14 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
353616

15 - Status
AUTORIZADO

16 - Beneficiário
0202530801700000101 - GESILANIA SARA PINHEIRO MOURA BEZERRA

17 - Código da Guia de Glosa
122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento
20/08/2020

21 - Fato
20/08/2020

22 - Fato
20/08/2020

23 - Quantidade
20/08/2020

24 - Título
20/08/2020

25 - Procedimento/Item Assistencial
20/08/2020

26 - Descrição do Procedimento
20/08/2020

27 - Código da Guia
20/08/2020

28 - Valor Recursado
20/08/2020

29 - Valor Recursado
20/08/2020

30 - Valor Recursado
20/08/2020

31 - Justificativa da Operadora
20/08/2020

32 - Data de Realização do Procedimento
20/08/2020

33 - Valor Recursado
20/08/2020

34 - Valor Recursado
20/08/2020

35 - Valor Recursado
20/08/2020

36 - Valor Recursado
20/08/2020

37 - Valor Recursado
20/08/2020

38 - Valor Recursado
20/08/2020

39 - Valor Recursado
20/08/2020

40 - Valor Recursado
20/08/2020

41 - Valor Recursado
20/08/2020

42 - Valor Recursado
20/08/2020

43 - Valor Recursado
20/08/2020

44 - Valor Recursado
20/08/2020

45 - Valor Recursado
20/08/2020

46 - Valor Recursado
20/08/2020

47 - Valor Recursado
20/08/2020

48 - Valor Recursado
20/08/2020

49 - Valor Recursado
20/08/2020

50 - Valor Recursado
20/08/2020

51 - Valor Recursado
20/08/2020

52 - Valor Recursado
20/08/2020

53 - Valor Recursado
20/08/2020

54 - Valor Recursado
20/08/2020

55 - Valor Recursado
20/08/2020

56 - Valor Recursado
20/08/2020

57 - Valor Recursado
20/08/2020

58 - Valor Recursado
20/08/2020

59 - Valor Recursado
20/08/2020

60 - Valor Recursado
20/08/2020

61 - Valor Recursado
20/08/2020

62 - Valor Recursado
20/08/2020

63 - Valor Recursado
20/08/2020

64 - Valor Recursado
20/08/2020

65 - Valor Recursado
20/08/2020

66 - Valor Recursado
20/08/2020

67 - Valor Recursado
20/08/2020

68 - Valor Recursado
20/08/2020

69 - Valor Recursado
20/08/2020

70 - Valor Recursado
20/08/2020

71 - Valor Recursado
20/08/2020

72 - Valor Recursado
20/08/2020

73 - Valor Recursado
20/08/2020

74 - Valor Recursado
20/08/2020

75 - Valor Recursado
20/08/2020

76 - Valor Recursado
20/08/2020

77 - Valor Recursado
20/08/2020

78 - Valor Recursado
20/08/2020

79 - Valor Recursado
20/08/2020

80 - Valor Recursado
20/08/2020

81 - Valor Recursado
20/08/2020

82 - Valor Recursado
20/08/2020

83 - Valor Recursado
20/08/2020

84 - Valor Recursado
20/08/2020

85 - Valor Recursado
20/08/2020

86 - Valor Recursado
20/08/2020

87 - Valor Recursado
20/08/2020

88 - Valor Recursado
20/08/2020

89 - Valor Recursado
20/08/2020

90 - Valor Recursado
20/08/2020

91 - Valor Recursado
20/08/2020

92 - Valor Recursado
20/08/2020

93 - Valor Recursado
20/08/2020

94 - Valor Recursado
20/08/2020

95 - Valor Recursado
20/08/2020

96 - Valor Recursado
20/08/2020

97 - Valor Recursado
20/08/2020

98 - Valor Recursado
20/08/2020

99 - Valor Recursado
20/08/2020

100 - Valor Recursado
20/08/2020

101 - Valor Recursado
20/08/2020

102 - Valor Recursado
20/08/2020

103 - Valor Recursado
20/08/2020

104 - Valor Recursado
20/08/2020

105 - Valor Recursado
20/08/2020

106 - Valor Recursado
20/08/2020

107 - Valor Recursado
20/08/2020

108 - Valor Recursado
20/08/2020

109 - Valor Recursado
20/08/2020

110 - Valor Recursado
20/08/2020

111 - Valor Recursado
20/08/2020

112 - Valor Recursado
20/08/2020

113 - Valor Recursado
20/08/2020

114 - Valor Recursado
20/08/2020

115 - Valor Recursado
20/08/2020

116 - Valor Recursado
20/08/2020

117 - Valor Recursado
20/08/2020

118 - Valor Recursado
20/08/2020

119 - Valor Recursado
20/08/2020

120 - Valor Recursado
20/08/2020

121 - Valor Recursado
20/08/2020

122 - Valor Recursado
20/08/2020

123 - Valor Recursado
20/08/2020

124 - Valor Recursado
20/08/2020

125 - Valor Recursado
20/08/2020

126 - Valor Recursado
20/08/2020

127 - Valor Recursado
20/08/2020

128 - Valor Recursado
20/08/2020

129 - Valor Recursado
20/08/2020

130 - Valor Recursado
20/08/2020

131 - Valor Recursado
20/08/2020

132 - Valor Recursado
20/08/2020

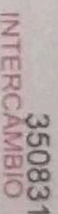
Dra. Amanda Suane da Silva
Carimbo e Assinatura

Carimbo e Assinatura

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

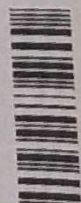
20



025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1F) 85200158-47

Drs. Kujawa & Liberman

Georgia Dentists
122-643



3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pelo

3 7 9 1 2 7

7 - Nome do Contratado

122642SP - AMANDA SUANES DA SILVA

6 - Código na Operadora
3 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

13 - Número da Guia no Prestador

3 5 0 8 3 1

15 - Status

AUTORIZADO

18 - Beneficiário

00202510550600857701 - STEPHANIE APARECIDA LATARO DA SILVA

19 -

17 - Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

27 - Código da Glosa

20 - Data da Realização do Procedimento

21 - Data Recurso

22 - Faixa

23 - Quantidade

24 - Título

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

28 - Valor Recurso

30 - Valor Aceito

1 - 0 4 0 8 2 0 2 0 4 7 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8
1 5 9 9 0 0 1 0 0 0

abertura, instrumentação e obturação elemento 46 D-22mm e M-21mm

3 0 4 0

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

32 - Valor Total Recusado (R\$)

1 5 9 9 0 0

33 - Valor Total Aceito (R\$)

0 1 0 0 0 0

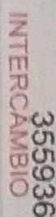
35 - Assinatura do Prestador

Dra. Amanda Suanes da Silva
Cirurgia Dentista
CRDORP 122.642

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

34-2



46-38861-10000

En la ciudad de San Juan de los Rios

Complete of

1977

Not signed here and in fact, I don't see the signature. (Page 10 of 10)

542 *Diebstahl eines Schmiedehammers*

12. Onda Verde e Verde da Paraflexão / Paraflexão

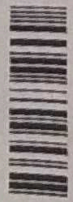
5156 *Veronica* *Veronica*

500 Series Project in Bangladesh for the United Nations
V-30611290

Alfred Bork

13/06/2017

310620



2 - Nº Guia no Prestador

379129

1 - Registro AAS

3 - Nome da Operadora

6 - Código da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

7 - Nome do Contratado

122642SP - AMANDA SUANES DA SILVA

8 - Número do Lote

9 - Número do Processo

Opção do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

14 - Número da Guia Atibuido pela Operadora

15 - Status

17 - Código da Guia no Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia)

10 - Código da Guia no Processo

11 - Justificativa

16 - Beneficiário

00202510550600857702 - BRUNO RUSSO CAVALCANTI

Dados da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

20 - Valor Recusado

21 - Denúncia Regio

22 - Fato

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Guia

30 - Valor Aceitado

31 - Justificativa da Operadora

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

o tratamento endodôntico do paciente Bruno Russo do elemento 37 foi realizado com rotatório e localizador apical respeitando os limites apicais, será necessário acompanhamento após endodontia

1 - 1 2 0 8 2 0 2 0 3 7

3 0 6 7

2 - 1 1 5 9 9 0

3 - 1 1 5 9 9 0

4 - 1 1 5 9 9 0

5 - 1 1 5 9 9 0

6 - 1 1 5 9 9 0

7 - 1 1 5 9 9 0

8 - 1 1 5 9 9 0

9 - 1 1 5 9 9 0

10 - 1 1 5 9 9 0

11 - 1 1 5 9 9 0

12 - 1 1 5 9 9 0

13 - 1 1 5 9 9 0

34 - Data do Recurso

1 3 1 0 8 1 2 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Amanda Suane da Silva

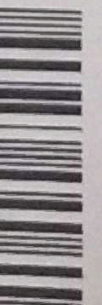
Odontolife

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

37 - Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1



364417
INTERCÂMBIO

1-Região: ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/05/10 3-Data de Autorização 09/10/19 4-Setor 10-9/10/19 12/10/19 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7823151 7-Data Validade da Guia 12/11/11 12/10/11

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Encargos DENTAL UNI COOPERATIVA 10-Data Validade da Carteira 11-Nome do titular do plano FERNANDO TOLEDO DA CRUZ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Atividade NATÁLIA CAROLINA DE MORAES TOLEDO 30/05/1994 14-Tipo de Serviço 15-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 16-Atividade de RN 17-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa 21-Código de Operadora / CNPJ / CFP 13/4/5/3/7/6/8/1/8/3/7/ 22-Nome do Contratado Especialista AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CHES 26-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 27-Número no CRO 122642 28-UF SP 29-Código CBO 5 30-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 31-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 32-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 33-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 34-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 35-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 36-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 37-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 38-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 39-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 40-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 41-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 42-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 43-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 44-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 45-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 46-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 47-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 48-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 49-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 50-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 51-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 52-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 53-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 54-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 55-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 56-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 57-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 58-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 59-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 60-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 61-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 62-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 63-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 64-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 65-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 66-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 67-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 68-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 69-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 70-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 71-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 72-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 73-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 74-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 75-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 76-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 77-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 78-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 79-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 80-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 81-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 82-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 83-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 84-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 85-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 86-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 87-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 88-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 89-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 90-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 91-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 92-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 93-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 94-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 95-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 96-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 97-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 98-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 99-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 100-Atividade de Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA

30-Atividade de Profissional Solicitante	31-Atividade de Profissional Solicitante	32-Atividade de Profissional Solicitante	33-Atividade de Profissional Solicitante	34-Atividade de Profissional Solicitante	35-Atividade de Profissional Solicitante	36-Atividade de Profissional Solicitante	37-Atividade de Profissional Solicitante	38-Atividade de Profissional Solicitante	39-Atividade de Profissional Solicitante	40-Atividade de Profissional Solicitante	41-Atividade de Profissional Solicitante	42-Atividade de Profissional Solicitante
1-0	0	8	5	2	0	0	1	5	8			
2-0	8	5	2	0	0	1	4	0				
3-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
4-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
5-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
6-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
7-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
8-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
9-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
10-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
11-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
12-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
13-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
14-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
15-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
16-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
17-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
18-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
19-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
20-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
21-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
22-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
23-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
24-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
25-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
26-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
27-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
28-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
29-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
30-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
31-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
32-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
33-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
34-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
35-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
36-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
37-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
38-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
39-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
40-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
41-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
42-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
43-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
44-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
45-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
46-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
47-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
48-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
49-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
50-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
51-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
52-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
53-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
54-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
55-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
56-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
57-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
58-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
59-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
60-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
61-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
62-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
63-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
64-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
65-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
66-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
67-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
68-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
69-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
70-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
71-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
72-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
73-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
74-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
75-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
76-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
77-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
78-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
79-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
80-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
81-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
82-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
83-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
84-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
85-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
86-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
87-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
88-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
89-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
90-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
91-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
92-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
93-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
94-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
95-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
96-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
97-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
98-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
99-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
100-0	0	8	1	0	0	4	2	1				

43-Data de Emissão da Guia 12/05/10 44-Tipo de Atendimento 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US 8,94,10,10 47-Valor Total R\$ 10,10,10 48-Total Faturado / Co-participação R\$ 10,10,10 49-Data de Emissão da Guia 12/05/10 50-Data de Emissão da Guia 12/05/10 51-Data de Emissão da Guia 12/05/10 52-Data de Emissão da Guia 12/05/10 53-Data de Emissão da Guia 12/05/10 54-Data de Emissão da Guia 12/05/10 55-Data de Emissão da Guia 12/05/10 56-Data de Emissão da Guia 12/05/10 57-Data de Emissão da Guia 12/05/10 58-Data de Emissão da Guia 12/05/10 59-Data de Emissão da Guia 12/05/10 60-Data de Emissão da Guia 12/05/10 61-Data de Emissão da Guia 12/05/10 62-Data de Emissão da Guia 12/05/10 63-Data de Emissão da Guia 12/05/10 64-Data de Emissão da Guia 12/05/10 65-Data de Emissão da Guia 12/05/10 66-Data de Emissão da Guia 12/05/10 67-Data de Emissão da Guia 12/05/10 68-Data de Emissão da Guia 12/05/10 69-Data de Emissão da Guia 12/05/10 70-Data de Emissão da Guia 12/05/10 71-Data de Emissão da Guia 12/05/10 72-Data de Emissão da Guia 12/05/10 73-Data de Emissão da Guia 12/05/10 74-Data de Emissão da Guia 12/05/10 75-Data de Emissão da Guia 12/05/10 76-Data de Emissão da Guia 12/05/10 77-Data de Emissão da Guia 12/05/10 78-Data de Emissão da Guia 12/05/10 79-Data de Emissão da Guia 12/05/10 80-Data de Emissão da Guia 12/05/10 81-Data de Emissão da Guia 12/05/10 82-Data de Emissão da Guia 12/05/10 83-Data de Emissão da Guia 12/05/10 84-Data de Emissão da Guia 12/05/10 85-Data de Emissão da Guia 12/05/10 86-Data de Emissão da Guia 12/05/10 87-Data de Emissão da Guia 12/05/10 88-Data de Emissão da Guia 12/05/10 89-Data de Emissão da Guia 12/05/10 90-Data de Emissão da Guia 12/05/10 91-Data de Emissão da Guia 12/05/10 92-Data de Emissão da Guia 12/05/10 93-Data de Emissão da Guia 12/05/10 94-Data de Emissão da Guia 12/05/10 95-Data de Emissão da Guia 12/05/10 96-Data de Emissão da Guia 12/05/10 97-Data de Emissão da Guia 12/05/10 98-Data de Emissão da Guia 12/05/10 99-Data de Emissão da Guia 12/05/10 100-Data de Emissão da Guia 12/05/10

01
Cristina Amancio Soares da Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP 122.642