

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



335367  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/07 12/01 4-Data de Autenticação 11/03/07 12/01 5-Data Autorizado 6-Fluxograma da Guia Principal 7887612 7-Data Validade da Guia 10/05/11 01/02/10

8-Fluxograma da Carteira 0100202152965520000001001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Fluxograma da Carteira 13-Fluxograma da Carteira

13-Sistema ELIANE SELVINA DIAS 14-Tipo de Tratamento 01/03/1973 15-Fluxograma da Carteira ELIANE SELVINA DIAS

16-Fluxograma da Carteira N 17-Fluxograma da Carteira GIOVANNA FRANCO TINI 18-Fluxograma no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CRO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 44249633810 22-Fluxograma da Carteira GIOVANNA FRANCO TINI 23-Fluxograma no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CRO 5

26-Fluxograma da Carteira GIOVANNA FRANCO TINI 27-Fluxograma no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CRO 5

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Deixar Regido | 34-Fica | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Fluxograma da Carteira | 39-Fluxograma da Carteira | 40-Data de Realização | 41-Fluxograma da Carteira |
|---------|---------------------------|--------------------|------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1       | 101085100196              | RESTAURAÇÃO RESINA | 47               | V       | 1      | 61,00            | 0,00     | 0,00                      | 0,00                      | 0,00                  | 0,00                      |
| 2       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 3       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 4       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 5       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 6       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 7       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 8       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 9       |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 10      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 11      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 12      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 13      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 14      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 15      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |
| 16      |                           |                    |                  |         |        |                  |          |                           |                           |                       |                           |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Emergência 3-Ortodontia 4-Implante/Enfermagem 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Quantidade R\$ 0,00

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

49-Observações 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dra. Giovanna Tini  
CRO - SP 120.548  
Dra. Giovanna Tini  
CRO - SP 120.548  
Dra. Giovanna Tini  
CRO - SP 120.548



## 242

361292  
INTERCÂMBIO

009

1000

41 - Médico da Classe A2-A3

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

—

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

—

—

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

—

— 111 —

[illegible]

Ullrich, J. / Confronting the

então o atcar com os cultos pr  
que assina esse documento.

---

1000

1





# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

|                |                         |            |                            |                 |
|----------------|-------------------------|------------|----------------------------|-----------------|
| 1-Registro ANS | 2-Dados Gerais da Conta | 3-Série    | 4-Número da Guia Principal | 5-Dados da Guia |
| 406414         | 119108120               | AUTORIZADO | 7800552                    | 117111120       |

359814  
INTERCÂMBIO

|                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 9-Número da Carteira                  | 000202510550600577402    |
| 10-Empresa                            | INSTITUTO DE ASSISTENCIA |
| 11-Data Validação da Carteira         | 00/00/00                 |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                          |

|                                                 |                             |            |             |                                                                         |                         |                  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|
| 13-Nome                                         | ANA CLARA FELONTA DALLA PIA | 21/08/2008 | 14-Teléfono | ( ( ) )   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0   0 | 15-Home do Pai do Jovem | ANA RITA FELONTA |
| Data de Continuação Responsável pelo Tratamento |                             |            |             |                                                                         |                         |                  |

|                             |   |                                      |                      |                  |        |          |    |                 |       |                   |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|----------------------|------------------|--------|----------|----|-----------------|-------|-------------------|
| 10-Albergo/Immobiliare a PN | N | 17-Azienda del Prof. Luciano Sordani | GIOVANNA FRANCO TINI | 18-Número no CRO | 120548 | 19-Lugar | SP | 20-Código CRO S | 025 - | Endereço Completo |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|----------------------|------------------|--------|----------|----|-----------------|-------|-------------------|

|                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 4                                  | 4 | 2 | 4 | 9 | 6 | 3 | 3 | 8 | 1 | 0 |  |  |  |
| 22-Nome do Contribuinte Específico |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| GIOVANNA FRANCO TINI               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 23-Número no CAD                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 120548                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 24-Uf                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| SP                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 25-Código CNES                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| Fatura de Empresa                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |

|                                        |       |
|----------------------------------------|-------|
| 26-Idoneo do Profissional: Evidenciado |       |
| GIOVANNA FRANCO TINII                  |       |
| 27-Número no CRO                       | 28-Uf |
| 120548                                 | SP    |
| 28-Cod-Gr CRO S                        |       |

[illegible][illegible]

3. 

4. 

5. 

\_\_\_\_\_

8

0

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

12

13

\_\_\_\_\_

| 3-Data Previsto Término do Tráfego | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade U/s | 47-Valor Total R\$ | 48-Tarif. Especial e / Ou Complemento R\$ |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| 13                                 |                        |                        |                         |                    |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                            |                        |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Declaração, que após ter lido devidamente redigido sobre os propósitos, razões, custos e alimentares do tratamento, conformes acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional responsável. | <input type="checkbox"/> 1º Tratamento Odontológico 2º Exame Radiológico 3º Ortodontia 4º Clínica Especializada | <input type="checkbox"/> 1 Total 2 Parcela | 3 4 1 0 0<br>0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0<br>0 0 0 0 0 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|------------------------|

13-Operadora do contrato. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), representam 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.

Giovanna Ripoli  
 Cellista

|                                                                             |                                                                             |                                                                                               |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 50-Desta, local e Assinatura do Gerente-Ordem de N° 103/1019/1201<br>20.548 | 51-Desta, local e Assinatura do Gerente-Ordem de N° 103/1019/1201<br>20.548 | 52-Desta, local e Assinatura do Beneficiário / Representante<br>103/1019/1201 x 103/1019/1201 | 53-Desta, local e Canto da Empresa<br>103/1019/1201 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|







GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



350282  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/2018 4-Data de Autorização 11/10/2018 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7757110 7-Data Vencida da Guia 10/11/2018

8-Número da Carteira 0020252965200000102 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIANA DIAS SIMPLICIO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS

Dados do Contraste Responsável pelo Tratamento 16/09/2002 16-Atendimento a RAI 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14424963810 22-Nome do Contratado Excludente GIOVANNA FRANCO TININI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excludente GIOVANNA FRANCO TININI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 3

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região    | 34-Fica | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Moeda | 38-Faturar/Co-participação R\$ | 39-Ativ | 40-Data de Realização | 41-Notas da Caixa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|--------------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-        | 00                        | 85100196     | RESTAURAÇÃO RESINA | 46      | 0      | 1                | 61,00    | 0,00                           |         | 5/31/2018             |                   |               |
| 2-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 3-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 4-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 5-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 6-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 7-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 8-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 9-        |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 10-       |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 11-       |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 12-       |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 13-       |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 14-       |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |
| 15-       |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                |         |                       |                   |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/2010 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 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Faturado / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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: 31/10/2018, Ciruru SP, 120.548, GIOVANNA TININI 51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente: 31/10/2018, Ciruru SP, 120.548, GIOVANNA TININI 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 31/10/2018, 53-Data, local e Assinatura da Empresa

CRO - SP 120.548 CRO





333406  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
10/12/2017 12:01

4-Data de Autorização  
11/03/2017 12:01

5-Será  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7679420

7-Data Validade da Sanha  
13/10/2019 12:01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
10102025306177000001021

9-Tipo  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome  
ARLENE MARIA DA SILVA

03/03/1976

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
GIOVANNA FRANCO TINI

17-Nome do Profissional Solicitante  
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CBO  
120548

19-UF  
SP

20-Código CBO S

025 -  
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
14142496338101

22-Nome do Contratado Esqueleto  
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CBO  
120548

24-UF  
SP

25-Código CNE5

26-Nome do Profissional Esqueleto  
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO  
120548

28-UF  
SP

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                                                                                                 | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Fato | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Faturado/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Atividade |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|--------------|
| 1-00                                                                                                      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 510110191201                    |        |                       |                   | Ad           |
| 2-00                                                                                                      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 510110191201                    |        |                       |                   | Ad           |
| 3-00                                                                                                      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 510110191201                    |        |                       |                   | Ad           |
| 4-00                                                                                                      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 510110191201                    |        |                       |                   | Ad           |
| 5-00                                                                                                      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 6-00                                                                                                      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 7-00                                                                                                      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 8-00                                                                                                      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 9-00                                                                                                      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 10-00                                                                                                     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 11-00                                                                                                     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 12-00                                                                                                     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 13-00                                                                                                     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 14-00                                                                                                     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 15-00                                                                                                     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento 01/10/2020                                                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial                                                                |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 46-Total Quantidade US 144,00                                                                             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 47-Valor Total R\$ 10,00                                                                                  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |
| 48-Total Faturado / Co-participação R\$                                                                   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |              |

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável  
01/10/2020  
GIOVANNA TINI  
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
01/10/2020  
Dra. Giovanna Tini  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
01/10/2020  
Dra. Giovanna Tini  
53-Data, local e Assinatura da Empresa  
01/10/2020  
Dra. Giovanna Tini

Dra. Giovanna Tini  
CRO - SP 120.548







GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-44



370838  
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/2019 4-Data de Autorização 12/04/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7851960 7-Data Validade da Sentença 10/04/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251050600577402 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Saúde

13-Nome ANA CLARA FELONTA DALLA PRIA 14-Telefone 21082008 15-Nome do titular do plano ANA RITA FELONTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RU N 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 4424963810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNE5 26-Código CBO 8

20-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 8

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição              | 33-Dente/Região | 34-Faixa | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Coparticipação R\$ | 39-Aux | 40-Data de Realização | 41-Método da Guia | 42-Assinatura |
|---------|---------------------------|---------------------------|-----------------|----------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1       | 008400090                 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 | 1        |        | 7,20             | 0,00     |                                | 0,00   |                       | 5/12/2019         |               |
| 2       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 3       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 4       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 5       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 6       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 7       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 8       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 9       |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 10      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 11      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 12      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 13      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 14      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |
| 15      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                |        |                       |                   |               |

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2019 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enfermagem 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,20 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Coparticipação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 Consultor Dentista Solicitante 12/11/2019 Dr. CRO-SP 120548 51-Data, local e Assinatura do Consultor Dentista 12/11/2019 Dr. CRO-SP 120548 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019 53-Data, local e Assinatura da Empresa



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



373386  
INTERCÂMBIO

|                          |                                               |                                           |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/2019 12:01 | 4-Data de Autorização<br>21/01/2019 12:01 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7861885 | 7-Data Validade da Série<br>09/11/2020 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |                               |                                        |                                          |                                                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00020251050601872002 | 9-Tipo<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número da Carteira Nacional de Saúde<br>11/11/11 |
|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

|                                         |                           |                                                       |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>DANDARA TAINAH ROCHA PEREIRA | 14-Telefone<br>09/11/2001 | 15-Nome do titular do plano<br>ANTONIO SERGIO PEREIRA |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|

|                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Dados do Corretor Responsável pelo Tratamento             |                                                           |
| 16-Abandono a ROL<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Esquecida<br>GIOVANNA FRANCO TINI |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1414249633810      | 22-Nome do Contratado Esquecida<br>GIOVANNA FRANCO TINI   |
| 23-Nome do Profissional Esquecida<br>GIOVANNA FRANCO TINI | 24-Número no CBO<br>120548                                |
| 25-Número no CBO<br>120548                                | 26-Código CBO B<br>025 - Faturar Empresa                  |
| 27-Número no CBO<br>120548                                | 28-UF<br>SP                                               |
| 29-Código CBO B<br>120548                                 | 30-UF<br>SP                                               |

| 31-Tabela       | 32-Código do Procedimento | 33-Descrição | 34-Densidade | 35-Data | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Fratura/Co-participação R\$ | 39-Ativ | 40-Data de Realização | 41-Matéria da Guia | 42-Atividade |
|-----------------|---------------------------|--------------|--------------|---------|------------------|----------|--------------------------------|---------|-----------------------|--------------------|--------------|
| 1-010181000065  | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |              | 1            | 34      | 00               | 0,00     | 1512310191201                  |         |                       |                    |              |
| 2-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 3-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 4-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 5-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 6-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 7-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 8-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 9-111111111111  |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 10-111111111111 |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 11-111111111111 |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 12-111111111111 |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 13-111111111111 |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 14-111111111111 |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |
| 15-111111111111 |                           |              |              |         |                  |          |                                |         |                       |                    |              |

|                                                           |                                                                                                              |                                          |                                 |                            |                                              |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>12/31/2019/1201 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Realização<br>1-1-1-1 2-2-2-2 | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Fatura / Coparticipação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|

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

49-Operadora

|                                                                                                 |                                                                                       |                                                                                                           |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Esquecida<br>12/31/2019/1201 KUNYU BRUCE HALL | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/31/2019/1201 KUNYU BRUCE HALL | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/31/2019/1201 DANDARA TAINAH ROCHA PEREIRA | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>11/11/11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|





## 3



1-Deposito AVIS

406414

2-Data de Entrada da Guia

10/10/91/20

4-Data da Autorização

12/4/10/91/20

5-Seria

AUTORIZADO

6-Número da Guia Original

7861919

7-Data Validade da Seria

10/9/11/2/20

373396

INTERCAMBIO

|                                                |                          |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| 04-Número da Carteira                          | 000202510550601872003    |
| 05-Prémio                                      | POS REDE PRESTADORA      |
| 10-Empresa                                     | INSTITUTO DE ASSISTENCIA |
| 11-Datas Vencidas da Cadeia                    | 1 1 1 1 1 1 1            |
| 12-Autorização do Conselho Nacional de Seguros |                          |

[illegible]

|                            |                                                          |                            |             |                |       |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|----------------|-------|
| 15-Attribuzione a PPI<br>N | 11-Ateneo di Profezia Socialista<br>GIOVANNA FRANCO TINI | 19-Ateneo in CRO<br>120548 | 18-Ur<br>SD | 20-Campi CRO § | 025 - |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|----------------|-------|

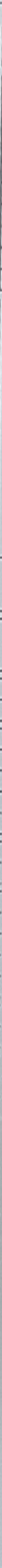
|                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21-Código na Operação / Display / CPF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                                     | 4 | 4 | 2 | 4 | 9 | 6 | 3 | 3 | 8 |
| 1                                     | 0 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 22-Nome do Contribuinte Europeu       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| GIOVANNA FRANCO TINI                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 23-Valores em RPD                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1205,48                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 24-UF                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SP                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 25-Código CNES                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Faturar Empresa                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                                                            |  |                            |  |              |                 |
|------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------|-----------------|
| 20-Aveme do Professoral Eusebio da<br>GIOVANNA FRANCO TINI |  | 27-485599 no CBO<br>120548 |  | 278-UP<br>SP | 27-Codigo CBO B |
|------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------|-----------------|

| 30. Tabela | 31. Código do Procedimento | 32. Descrição | 33. Dente Regido | 34. Fases | 35. ODI | 36. Quantidade US | 37. Valor | 38. F. Faturado/Contratado/Preço PIS | 39. Anul | 40. Data de Realização | 41. Motivo da Cancel. (1) Assinatura |
|------------|----------------------------|---------------|------------------|-----------|---------|-------------------|-----------|--------------------------------------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| 1          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 2          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 3          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 4          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 5          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 6          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 7          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 8          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 9          | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 10         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 11         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 12         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 13         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 14         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 15         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 16         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 17         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 18         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 19         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 20         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 21         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 22         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 23         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 24         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 25         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 26         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 27         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 28         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 29         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 30         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 31         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 32         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 33         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 34         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 35         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 36         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 37         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 38         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 39         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 40         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 41         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 42         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 43         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   | 10       | 10                     | 10                                   |
| 44         | 10                         | 10            | 11               | 10        | 10      | 10                | 10        | 10                                   |          |                        |                                      |

| CONSOLE IN ODONTOTECNICA |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1                        | 1                                 |
| 2                        | 3 4 10 10 10 10 15 24 10 15 12 12 |
|                          | ASP                               |

[illegible]

7. 

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

[illegible]

12

[illegible][illegible]

|                                                                                                                                                            |                                                |           |         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|---------|---------|
| 1241101911220<br><input type="checkbox"/> 1-1 Trimestre: Diagnóstico 2-2 Trimestre: Rastreamento 3-3 Trimestre: Acompanhamento 4-4 Trimestre: Encerramento | <input type="checkbox"/> 1-1 Total 2-2 Parcial | 3 4 1 0 0 | 0 1 0 0 | 0 1 0 0 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|---------|---------|

49-Observação

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|                                                       |                                                       |                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 12/4/10/9/1/2/0<br>Dn. <b>Giovanna</b><br>Sp. 120-549 | 12/4/10/9/1/2/0<br>Dn. <b>Giovanna</b><br>Sp. 120-549 | 12/4/10/9/1/2/0 x <b>ASP</b><br>Sp. 120-549 | 12/4/10/9/1/2/0<br>Dn. <b>Giovanna</b><br>Sp. 120-549 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

11

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

14

10

[illegible]

Declaro, que aqui ter sido devidamente esclarecido todos os aspectos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, sendo e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional existente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrita(s) acima, é (s) por mim assumido(s), b) Colocarei o(s) profissional(es) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

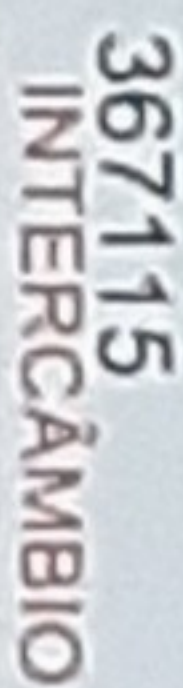
4. Observações

|                                                                                              |                                                                                       |                                                                                     |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 30-Dados, local e Assinatura do Conselho-Devidora Sólida<br>12/4/11 09/11/2011<br>S. Lovanna | 31-Dados, local e Assinatura do Conselho-Devidora<br>12/4/11 09/11/2011<br>S. Lovanna | 32-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responder<br>12/4/11 09/11/2011<br>X | 33-Dados, local e Carimbo da Empresa |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|

|                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Dra. Gloria<br>CPO - Sp 120 | 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 |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|



## 22

367115  
INTERCÂMBIO

409

|  |
|--|
|  |
|--|

41. Mithras der Christus 43. Aeneas

—

—

—

—

—

— 111 —

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

\_\_\_\_\_

—

**RESEARCH**

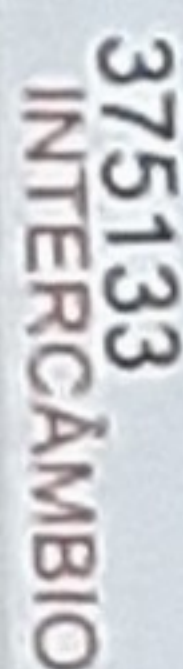
ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

[illegible]

1000



25



negative





406414

03/09/2019

AUTORIZADO

7807720

19/11/2019

361313  
INTERCÂMBIO

Check de Beneficiário

3-Numero da Carteira

0101210215110515060031167011

POS REDE PRESTADORA

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Dados Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional da Saúde

Nome

22/11/1969

13-Nome do titular do plano

14-Endereço

15-Endereço e CNPJ

16-Endereço e CNPJ

17-Endereço e CNPJ

18-UF

19-Código CBO S

025 -  
Faturar Empresa

20-Nome do Profissional Beneficiário

GIOVANNA FRANCO TINI

21-Endereço e CNPJ

22-Endereço e CNPJ

23-UF

24-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

25-Endereço

26-Endereço e CNPJ

27-Endereço e CNPJ

28-UF

29-Endereço e CNPJ

30-Endereço e CNPJ

31-Endereço e CNPJ

32-Endereço e CNPJ

33-Endereço e CNPJ

34-Endereço e CNPJ

35-Endereço e CNPJ

36-UF

37-Endereço e CNPJ

38-Endereço e CNPJ

39-Endereço e CNPJ

40-Endereço e CNPJ

41-Endereço e CNPJ

42-Endereço e CNPJ

43-Endereço e CNPJ

44-UF

45-Endereço e CNPJ

46-Endereço e CNPJ

47-Endereço e CNPJ

48-Endereço e CNPJ

49-Endereço e CNPJ

50-Endereço e CNPJ

51-Endereço e CNPJ

52-UF

53-Endereço e CNPJ

54-Endereço e CNPJ

55-Endereço e CNPJ

56-Endereço e CNPJ

57-Endereço e CNPJ

58-Endereço e CNPJ

59-Endereço e CNPJ

60-UF

61-Endereço e CNPJ

62-Endereço e CNPJ

63-Endereço e CNPJ

64-Endereço e CNPJ

65-Endereço e CNPJ

66-Endereço e CNPJ

67-Endereço e CNPJ

68-UF

69-Endereço e CNPJ

70-Endereço e CNPJ

71-Endereço e CNPJ

72-Endereço e CNPJ

73-Endereço e CNPJ

74-Endereço e CNPJ

75-Endereço e CNPJ

76-UF

77-Endereço e CNPJ

78-Endereço e CNPJ

79-Endereço e CNPJ

80-Endereço e CNPJ

81-Endereço e CNPJ

82-Endereço e CNPJ

83-Endereço e CNPJ

84-UF

85-Endereço e CNPJ

86-Endereço e CNPJ

87-Endereço e CNPJ

88-Endereço e CNPJ

89-Endereço e CNPJ

90-Endereço e CNPJ

91-Endereço e CNPJ

92-UF

93-Endereço e CNPJ

94-Endereço e CNPJ

95-Endereço e CNPJ

96-Endereço e CNPJ

97-Endereço e CNPJ

98-Endereço e CNPJ

99-Endereço e CNPJ

100-UF

101-Endereço e CNPJ

102-Endereço e CNPJ

103-Endereço e CNPJ

104-Endereço e CNPJ

105-Endereço e CNPJ

106-Endereço e CNPJ

107-Endereço e CNPJ

108-UF

109-Endereço e CNPJ

110-Endereço e CNPJ

111-Endereço e CNPJ

112-Endereço e CNPJ

113-Endereço e CNPJ

114-Endereço e CNPJ

115-Endereço e CNPJ

116-UF

117-Endereço e CNPJ

118-Endereço e CNPJ

119-Endereço e CNPJ

120-Endereço e CNPJ

121-Endereço e CNPJ

122-Endereço e CNPJ

123-Endereço e CNPJ

124-UF

125-Endereço e CNPJ

126-Endereço e CNPJ

127-Endereço e CNPJ

128-Endereço e CNPJ

129-Endereço e CNPJ

130-Endereço e CNPJ

131-Endereço e CNPJ

132-UF

133-Endereço e CNPJ

134-Endereço e CNPJ

135-Endereço e CNPJ

136-Endereço e CNPJ

137-Endereço e CNPJ

138-Endereço e CNPJ

139-Endereço e CNPJ

140-UF

141-Endereço e CNPJ

142-Endereço e CNPJ

143-Endereço e CNPJ

144-Endereço e CNPJ

145-Endereço e CNPJ

146-Endereço e CNPJ

147-Endereço e CNPJ

148-UF

149-Endereço e CNPJ

150-Endereço e CNPJ

151-Endereço e CNPJ

152-Endereço e CNPJ

153-Endereço e CNPJ

154-Endereço e CNPJ

155-Endereço e CNPJ

156-UF

157-Endereço e CNPJ

158-Endereço e CNPJ

159-Endereço e CNPJ

160-Endereço e CNPJ

161-Endereço e CNPJ

162-Endereço e CNPJ

163-Endereço e CNPJ

164-UF

165-Endereço e CNPJ

166-Endereço e CNPJ

167-Endereço e CNPJ

168-Endereço e CNPJ

169-Endereço e CNPJ

170-Endereço e CNPJ

171-Endereço e CNPJ

172-UF

173-Endereço e CNPJ

174-Endereço e CNPJ

175-Endereço e CNPJ

176-Endereço e CNPJ

177-Endereço e CNPJ

178-Endereço e CNPJ

179-Endereço e CNPJ

180-UF

181-Endereço e CNPJ

182-Endereço e CNPJ

183-Endereço e CNPJ

184-Endereço e CNPJ

185-Endereço e CNPJ

186-Endereço e CNPJ

187-Endereço e CNPJ

188-UF

189-Endereço e CNPJ

190-Endereço e CNPJ

191-Endereço e CNPJ

192-Endereço e CNPJ

193-Endereço e CNPJ

194-Endereço e CNPJ

195-Endereço e CNPJ

196-UF

197-Endereço e CNPJ

198-Endereço e CNPJ

199-Endereço e CNPJ

200-Endereço e CNPJ

201-Endereço e CNPJ

202-Endereço e CNPJ

203-Endereço e CNPJ

204-UF

205-Endereço e CNPJ

206-Endereço e CNPJ

207-Endereço e CNPJ

208-Endereço e CNPJ

209-Endereço e CNPJ

210-Endereço e CNPJ

211-Endereço e CNPJ

212-UF

213-Endereço e CNPJ

214-Endereço e CNPJ

215-Endereço e CNPJ

216-Endereço e CNPJ

217-Endereço e CNPJ

218-Endereço e CNPJ

219-Endereço e CNPJ

220-UF

221-Endereço e CNPJ

222-Endereço e CNPJ

223-Endereço e CNPJ

224-Endereço e CNPJ

225-Endereço e CNPJ

226-Endereço e CNPJ

227-Endereço e CNPJ

228-UF

229-Endereço e CNPJ

230-Endereço e CNPJ

231-Endereço e CNPJ

232-Endereço e CNPJ

233-Endereço e CNPJ

234-Endereço e CNPJ

235-Endereço e CNPJ

236-UF

237-Endereço e CNPJ

238-Endereço e CNPJ

239-Endereço e CNPJ

240-Endereço e CNPJ

241-Endereço e CNPJ

242-Endereço e CNPJ

243-Endereço e CNPJ

244-UF

245-Endereço e CNPJ

246-Endereço e CNPJ

247-Endereço e CNPJ

248-Endereço e CNPJ

249-Endereço e CNPJ

250-Endereço e CNPJ

251-Endereço e CNPJ

252-UF

253-Endereço e CNPJ

254-Endereço e CNPJ

255-Endereço e CNPJ

256-Endereço e CNPJ

257-Endereço e CNPJ

258-Endereço e CNPJ

259-Endereço e CNPJ

260-UF

261-Endereço e CNPJ

262-Endereço e CNPJ

263-Endereço e CNPJ

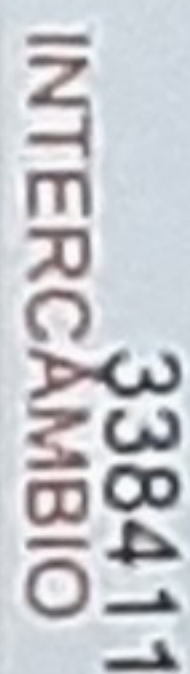
264-Endereço e CNPJ

265-Endereço e CNPJ

266-Endereço e CNPJ



## 225

338411  
INTERCAMBIO

1001

1000

41. Mexico City, 17 August 1992.

100

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

דורדור

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

— 111 —

— ۱۱۱ —

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

— 11 —

נחמיה

புதுச்சேரி

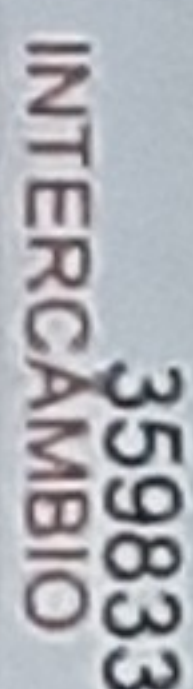
two other free documents,

1101

1503



## 244



relativos ao tratamento realizado, com o auxílio de uma a gravação com os custos conforme previsto em contrato.



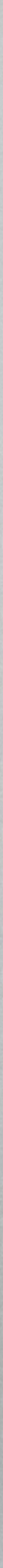
371627  
INTERCAMBIO[illegible]

|                                           |                                           |                     |       |                 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-------|-----------------|
| 21-Classe no Operatório / OUPJ / CEF      | 22-Atividade do Contribuinte Especialista | 23-Atividade no CBO | 24-UF | 25-Código CATEL |
| 4   4   2   4   9   6   3   3   8   1   0 | GIOVANNA FRANCO TINI                      | 120548              | SP    |                 |
| 26-Atividade do Prestador(a) Especialista |                                           | 27-Atividade no CBO | 28-UF | 29-Código CBO S |
| GIOVANNA FRANCO TINI                      |                                           | 120548              | SP    |                 |

Planeta da Transmissão / Processamento de Sinal

| 30-Título            | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Declar. Recibito | 34-Data | 35-Qtd | 36-Quantidade Lit | 37-Valor | 38-Intervenção Participação do PZ | 39-End             | 40-Data da Realização | 41-Método da Obra | 42-Assinatura |
|----------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|---------|--------|-------------------|----------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-101018151101011916 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 37                  | 0       | 1      | 6                 | 110,00   |                                   | 511219110611121011 | 12/01                 |                   |               |

2. 

3-

[illegible][illegible]

0.1

[illegible][illegible]

13

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                           | 45-Tipo de Fisioterapia | 46-Total Quilos/sem U3 | 47-Total Trazido R3 | 48-Total Frenada / Comprimento R3 |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 12/19/11 08/12/10                      | 1-Tratamento Odontológico 2-Esqueleto Passivo 3-Ortodontia 4-Higiene Fisiológica | 1-1. Total 2-Parcial    | 6 1 1 0 0              | 0 1 0 0             |                                   |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo cuidado, ainda que este procedimenta(s) de acordo 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

referred to as

|                                                                               |                                                                               |                                                                                           |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 50-Dados, local e Assinatura do Dirigente Geral<br>21/08/2011<br>[Assinatura] | 51-Dados, local e Assinatura do Dirigente-Geral<br>21/08/2011<br>[Assinatura] | 52-Dados, local e Assinatura do Representante / Responsável<br>21/08/2011<br>[Assinatura] | 53-Dados, local e Carimbo da Empresa<br>[Carimbo] |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|





1-Registro AUS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/10/2017 4-Data de Assinatura 13/10/2017 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7679497 7-Data Validade da Guia 13/10/2019 8-Data Validade da Guia 333423 9-Intercambio

Declaro do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530598000000010121 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Atente JOSE APARECIDO ALVES DOMINGOS 06/10/1964 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Cartão Nacional da Saúde

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RPI GIOVANNA FRANCO TINI 17-Atente do Profissional Beneficiário GIOVANNA FRANCO TINI

21-Código na Operadora / ODP / ODP 144249633810 22-Atente do Contratado Beneficiário GIOVANNA FRANCO TINI

26-Atente do Profissional Beneficiário GIOVANNA FRANCO TINI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tipo | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Medida | 38-Franquia Co-Participação R\$ | 39-Id      | 40-Data de Realização | 41-Medida da Guia | 42-Assinatura |
|---------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|-----------|---------------------------------|------------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-00    | 085300047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00      | 5,00                            | 08/10/2017 |                       |                   | X             |
| 2-00    | 085300047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00      | 5,00                            | 08/10/2017 |                       |                   | X             |
| 3-00    | 085300047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00      | 5,00                            | 08/10/2017 |                       |                   | X             |
| 4-00    | 085300047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00      | 5,00                            | 08/10/2017 |                       |                   | X             |
| 5-00    |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 6-00    |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 7-00    |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 8-00    |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 9-00    |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 10-00   |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 11-00   |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 12-00   |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 13-00   |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 14-00   |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |
| 15-00   |                           |                         |                 |         |        |                  |           |                                 |            |                       |                   |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/10/2017 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Operatória 4-Múltipla Especialidade

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

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2017 Dra. CRISTINA TINI

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 01/10/2017 GIOVANNA FRANCO TINI

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2017 CRISTINA TINI

53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/10/2017

Dra. CRISTINA TINI