



440726
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2010	4-Data de Autorização 16/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8144941	7-Data Validade da Senha 15/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601412001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA			14-Telefone 26/08/1985	15-Nome do Titular do plano CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683		22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA			27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/12/20		<i>Queloz</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/12/2010 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/2010 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2010 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/2010

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995

2-N-

49-Obsewagho

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro AUS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2014	4-Data de Autorização 10/06/2014	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8171896	7-Data Validade da Sentença 10/05/2014	447420 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 1010202511055060114120011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA
--	----------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10166973116683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CBO S
---	---	----------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	161,00	10,00			11/05/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e da forma mais adequada. 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-Contratante 50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2014	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2014	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2014	53-Dado, local e Carimbo da Empresa 11/05/2014
---	---	---	---

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995

427653
INTERCAMBIO

2. Reasons for death stated by the father

—S. McKenna do Miller, in *Shang*
CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA

Enterprise

China's development

三

三

1	2	3
---	---	---

1	2	3
---	---	---

三

三	二	一
---	---	---

1	2	3
---	---	---

11111

to the existing provisions of the document. On

14 de -
C.D. 135

1

Lucide - ne Goulart de Paula de Paula