

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 12/12/10

5-Sinla AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8168448

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 3 3 9 7 6 0 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAIDESSON DE SOUSA SILVA

26/08/1996

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MAIDESSON DE SOUSA SILVA

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO 8536

23-Número no CRO 8536

19-UF MT

24-UF MT

20-Código CRO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Excitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Excitante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO 8536

28-UF MT

29-Código CRO S

Enviar - RX

(IF) 85200166-14

(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CDU	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODONTICO	14		1	2 5 8 0 0 0	0 0 0 0			10/02/11		MAIDESSON
2	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	8 8 0 0	0 0 0 0			10/02/11		MAIDESSON
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Carla Cristina Maldaner

Cirurgiã Dentista

CRO-MT 8536

Carla Cristina Maldaner

Cirurgiã Dentista

CRO-MT 8536

MAIDESSON

MAIDESSON

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



446361
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/9/11 2/12/0 4-Dia de Autorização 12/9/11 2/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8168446 7-Dia Validade da Senha 12/9/10 3/12/11

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 9 7 6 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12/9/11 12/11

13-Nome MAIDESSON DE SOUSA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MAIDESSON DE SOUSA SILVA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 1 3 9 2 8 9 1 0 5 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES (I) 85100218 (II) 85100200 (III) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PDM	1	1 2 2 1 0 0	0 0 0 0				
2	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0				
3	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0				
4	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OV	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0				
5	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 14 2 0 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 0 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 25/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536



448749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Dia de Emissão da Guia 10/06/2007

4-Dia de Autorização 10/06/2007

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8176182

7-Data Validade da Guia 10/06/2007

8-Número da Carteira 010202534512701000101013

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 10/06/2007

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIKAELLY VITORIA GOMES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

10/06/2007

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ROBERTA GOMES

16-Alimentação a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO 8536

19-UF MT

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

23-Número no CRO 8536

24-UF MT

25-Código CNES

Faturar Empresa Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO 8536

28-UF MT

29-Código CBO S

(I) 85100200 (II) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1-0	018511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	8,81,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
2-0	018511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	8,81,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
3-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	6,11,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
4-0	018511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8,81,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
5-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,11,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
6-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,11,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
7-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,11,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
8-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,11,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
9-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,11,00	10,00	18,00	18,00	02/02/11	Roberta	
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 630,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista

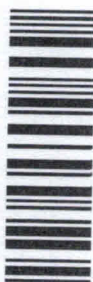
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Roberta Gomes

53-Data, local e Caminho da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



479508
INTERCÂMBIO

1-Rosário ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8308586	7-Data Validade da Senha 11/09/2015
8-Número da Carteira 1002202530625000036001			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome JOHNNY BANDEIRA GUIMARAES			10-Empresa INSTITUTO ENGENHARIA DO		
15-Data Validade da Carteira 11/08/2012			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA			14-Relação ()		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 05139289105			18-Número no CRO 8536		
22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA			19-UF MT		
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA			20-Código CRO S 025 -		
27-Número no CRO 8536			24-UF MT		
28-UF MT			25-Código CNES		
29-Código CRO S			Faturar Empresa		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rengão	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/02/2012		
2-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/02/2012		
3-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/02/2012		
4-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/02/2012		
5-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/02/2012		
6-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/02/2012		
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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

43-Observação

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura da Empresa

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura da Empresa

97-Data, local e Assinatura da Empresa

98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura da Empresa

100-Data, local e Assinatura da Empresa

101-Data, local e Assinatura da Empresa

102-Data, local e Assinatura da Empresa

103-Data, local e Assinatura da Empresa

104-Data, local e Assinatura da Empresa

105-Data, local e Assinatura da Empresa

106-Data, local e Assinatura da Empresa

107-Data, local e Assinatura da Empresa

108-Data, local e Assinatura da Empresa

109-Data, local e Assinatura da Empresa

110-Data, local e Assinatura da Empresa

111-Data, local e Assinatura da Empresa

112-Data, local e Assinatura da Empresa

113-Data, local e Assinatura da Empresa

114-Data, local e Assinatura da Empresa

115-Data, local e Assinatura da Empresa

116-Data, local e Assinatura da Empresa

117-Data, local e Assinatura da Empresa

118-Data, local e Assinatura da Empresa

119-Data, local e Assinatura da Empresa

120-Data, local e Assinatura da Empresa

121-Data, local e Assinatura da Empresa

122-Data, local e Assinatura da Empresa

123-Data, local e Assinatura da Empresa

124-Data, local e Assinatura da Empresa

125-Data, local e Assinatura da Empresa

126-Data, local e Assinatura da Empresa

127-Data, local e Assinatura da Empresa

128-Data, local e Assinatura da Empresa

129-Data, local e Assinatura da Empresa

130-Data, local e Assinatura da Empresa

131-Data, local e Assinatura da Empresa

132-Data, local e Assinatura da Empresa

133-Data, local e Assinatura da Empresa

134-Data, local e Assinatura da Empresa

135-Data, local e Assinatura da Empresa

136-Data, local e Assinatura da Empresa

137-Data, local e Assinatura da Empresa

138-Data, local e Assinatura da Empresa

139-Data, local e Assinatura da Empresa

140-Data, local e Assinatura da Empresa

141-Data, local e Assinatura da Empresa

142-Data, local e Assinatura da Empresa

143-Data, local e Assinatura da Empresa

144-Data, local e Assinatura da Empresa

145-Data, local e Assinatura da Empresa

146-Data, local e Assinatura da Empresa

147-Data, local e Assinatura da Empresa

148-Data, local e Assinatura da Empresa

149-Data, local e Assinatura da Empresa

150-Data, local e Assinatura da Empresa

151-Data, local e Assinatura da Empresa

152-Data, local e Assinatura da Empresa

153-Data, local e Assinatura da Empresa

154-Data, local e Assinatura da Empresa

155-Data, local e Assinatura da Empresa

156-Data, local e Assinatura da Empresa

157-Data, local e Assinatura da Empresa

158-Data, local e Assinatura da Empresa

159-Data, local e Assinatura da Empresa

160-Data, local e Assinatura da Empresa

161-Data, local e Assinatura da Empresa

162-Data, local e Assinatura da Empresa

163-Data, local e Assinatura da Empresa

164-Data, local e Assinatura da Empresa

165-Data, local e Assinatura da Empresa

166-Data, local e Assinatura da Empresa

167-Data, local e Assinatura da Empresa

168-Data, local e Assinatura da Empresa

169-Data, local e Assinatura da Empresa

170-Data, local e Assinatura da Empresa

171-Data, local e Assinatura da Empresa

172-Data, local e Assinatura da Empresa

173-Data, local e Assinatura da Empresa

174-Data, local e Assinatura da Empresa

175-Data, local e Assinatura da Empresa

176-Data, local e Assinatura da Empresa

177-Data, local e Assinatura da Empresa

178-Data, local e Assinatura da Empresa

179-Data, local e Assinatura da Empresa

180-Data, local e Assinatura da Empresa

181-Data, local e Assinatura da Empresa

182-Data, local e Assinatura da Empresa

183-Data, local e Assinatura da Empresa

184-Data, local e Assinatura da Empresa

185-Data, local e Assinatura da Empresa

186-Data, local e Assinatura da Empresa

187-Data, local e Assinatura da Empresa

188-Data, local e Assinatura da Empresa

189-Data, local e Assinatura da Empresa

190-Data, local e Assinatura da Empresa

191-Data, local e Assinatura da Empresa

192-Data, local e Assinatura da Empresa

193-Data, local e Assinatura da Empresa

194-Data, local e Assinatura da Empresa

195-Data, local e Assinatura da Empresa

196-Data, local e Assinatura da Empresa

197-Data, local e Assinatura da Empresa

198-Data, local e Assinatura da Empresa

199-Data, local e Assinatura da Empresa

200-Data, local e Assinatura da Empresa

201-Data, local e Assinatura da Empresa

202-Data, local e Assinatura da Empresa

203-Data, local e Assinatura da Empresa

204-Data, local e Assinatura da Empresa

205-Data, local e Assinatura da Empresa

206-Data, local e Assinatura da Empresa

207-Data, local e Assinatura da Empresa

208-Data, local e Assinatura da Empresa

209-Data, local e Assinatura da Empresa

210-Data, local e Assinatura da Empresa

211-Data, local e Assinatura da Empresa

212-Data, local e Assinatura da Empresa

213-Data, local e Assinatura da Empresa

214-Data, local e Assinatura da Empresa

215-Data, local e Assinatura da Empresa

216-Data, local e Assinatura da Empresa

217-Data, local e Assinatura da Empresa

218-Data, local e Assinatura da Empresa

219-Data, local e Assinatura da Empresa

220-Data, local e Assinatura da Empresa

221-Data, local e Assinatura da Empresa

222-Data, local e Assinatura da Empresa

223-Data, local e Assinatura da Empresa

224-Data, local e Assinatura da Empresa

225-Data, local e Assinatura da Empresa

226-Data, local e Assinatura da Empresa

227-Data, local e Assinatura da Empresa

228-Data, local e Assinatura da Empresa

229-Data, local e Assinatura da Empresa

230-Data, local e Assinatura da Empresa

231-Data, local e Assinatura da Empresa

232-Data, local e Assinatura da Empresa

233-Data, local e Assinatura da Empresa

234-Data, local e Assinatura da Empresa

235-Data, local e Assinatura da Empresa

236-Data, local e Assinatura da Empresa

237-Data, local e Assinatura da Empresa

238-Data, local e Assinatura da Empresa

239-Data, local e Assinatura da Empresa

240-Data, local e Assinatura da Empresa

241-Data, local e Assinatura da Empresa

242-Data, local e Assinatura da Empresa

243-Data, local e Assinatura da Empresa

244-Data,

2-N

471969
INTERCÂMBIO

Dados do Contrato: Responsável pelo Tratamento

21-Código na Opertura / CNPJ / CPF			
22-Nome do Contratado Eventual	0000	M	023 - Faturar Emocoes

26-Nome do Profissional Executante	0000	MI	
27-Alcance no DBO			

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Eixo	35-Classe	36-Subclasse

CONSULTA ODONTOLÓGICA

[illegible][illegible]

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

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030								
Population (millions)	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	4.0	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	5.0	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	6.0

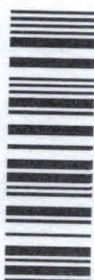
[illegible][illegible][illegible]

...o, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, apóio a realização de uma cirurgia de transição de gênero.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	15/02/21	Correção Maldaner
53-Data, local e Carimbo da Empresa	15/02/21	

CRU-MI 0000
CBO MT 6E2C

2-N

[illegible]

49-Observação

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

16/02/21

Carla Cristina Maldaner Dentista

Cirurgia 8536
CRO-MT

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/02/2021

Carla Cristina Maldaner
Dentista

Cirurgia Dentista
CRO-MT 8536

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1. Introduction 2. Background 3. Methodology 4. Results 5. Conclusion 6. References 7. Appendix 8. Index 9. Table of Contents 10. Summary

4) amida

03-Data, local e Câmbio da Empresa

UML

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



462324
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/21	4-Data de Autorização 12/01/01/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8234939	7-Data Válidade da Serina 12/01/04/21
8-Número da Carteira 10020253516990000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válidade da Carteira 11/10/2008	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ENZO OLIVEIRA TRISTAO	14-Relação ()	15-Nome do titular do plano DANIELI OLIVEIRA DA SILVA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536
19-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento	20-Código CRO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051392819105	22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT
25-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	26-UF MT	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CRO S	30-Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
6-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0			1	3 5,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
7-1		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2,0 0	0,0 0			11/02/21		Danieli
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 4 6,0 0	47-Valor Total R\$ 10,0 0	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), fulcram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

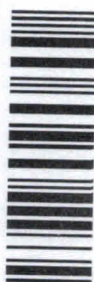
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/21 Carla Cristina Maldaner CRO-MT 85336	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21 Carla Cristina Maldaner CRO-MT 85336	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



462330
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2014	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 462330	7-Data Validade da Sentença 12/06/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 100202025351699000001021	9-Função POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
HARRISON MARTINS TRISTAO

14-Endereço
23/03/1979

15-Nome do titular do plano
DANIEL OLIVEIRA DA SILVA

16-Atendimento a RVN
N

17-Atendimento do Profissional Solicitante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
05139289105

22-Atividade do Profissional Solicitante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

26-Atividade do Profissional Solicitante
CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO
8536

28-UF
MT

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5										
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
15-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										

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

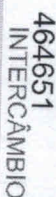
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2014 Carla Cristina Maldaner	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2014 Carla Cristina Maldaner	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2014 DANIEL OLIVEIRA DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536

2-N₂

Carla Cristina Maldaner

12/10/2021

Cirurgia Dentist

2- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Catimbo da Fm. Mossa

CRON-1 8030

8	0	8	8
---	---	---	---

~~CR~~ CRO-MT 8536

Share

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

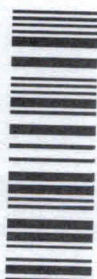
1000



It's a pleasure to work with you

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia

10/04/2012

4-Data de Autorização

10/04/2012

5-Será

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8270044

7-Data Validade da Guia

10/05/2012

8-Número da Carteira

000202535095300000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

470368
INTERCÂMBIO

13-Nome
JOSIANE BARBOZA ROCHA

14-Endereço
R. ...

17/10/1989

15-Telefone

16-Nome do Titular do plano
JOSIANE BARBOZA ROCHA

17-Endereço do Profissional Solicitante

18-Número no CRO
8536

19-UF
MT

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE

105139289105

22-Nome do Contratado Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

23-Número no CRO

8536

24-UF

MT

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100200

(I) 85100200

26-Nome do Profissional Solicitante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO

8536

28-UF

MT

29-Código CBO S

025 -

30-Tabula

31-Código do Procedimento

1-00085100200

2-00085100200

3-00085100200

4-00085100200

5-00085100200

6-00085100200

7-00085100200

8-00085100200

9-00085100200

10-00085100200

11-00085100200

12-00085100200

13-00085100200

14-00085100200

15-00085100200

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região

47

34-Face

OV

35-Classe

1

36-Quantidade

8

37-Valor

8,00

38-Franquia/Coparticipação R\$

0,00

39-Aut

40-Data de Realização

10/05/2012

41-Molho da Gloriosa

42-Assinatura

10/05/2012

11/05/2012

12/05/2012

13/05/2012

14/05/2012

15/05/2012

16/05/2012

17/05/2012

18/05/2012

19/05/2012

20/05/2012

21/05/2012

22/05/2012

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

45-1-Tipo de Faturamento

1-Total

2-Parcial

46-Total Quantidade US

176,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

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

10/05/12 12:11

Carla Cristina Maldaner

Cirurgiã Dentista

RO-MT 8536

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/05/12 12:11

Carla Cristina Maldaner

Cirurgiã Dentista

RO-MT 8536

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/05/12 12:11

Carla Cristina Maldaner

Cirurgiã Dentista

RO-MT 8536

53-Data, local e Caimento da Empresa

10/05/12 12:11

Carla Cristina Maldaner

Cirurgiã Dentista

RO-MT 8536



2 - N° Guia no Prestador

479800

1 - Registro ANS										3 - Nome da Operadora										5 - Número da Guia de Recursos de Glóssas Atribuído pela									
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA										7 - Nome do Contratado										4 - Objeto do Recurso									
DADOS DO CONTRATADO										8 - Código na Operadora										2									
3 8 2 7 8 4 5 9 0 0 1 2 4										8536/MT - CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA										4 7 9 8 0 0									
DADOS DO RECURSO EM PROTOCOLO										9 - Número do Protocolo										11 - Justificativa									
12 -										10 - Código da Glóssa do Protocolo										12 -									
DADOS DO RECURSO DA GUIA										14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora										16 - Beneficiário									
13 - Número da Guia no Prestador										4 4 8 7 5 0										AUTORIZADO									
0020253451270000103 - MIKAELLY VITORIA GOMES RIBEIRO																													
DADOS DOS RECURSOS DA GUIA										17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)										19 -									
A RADIOGRAFIA FOI ISERIDA NOVAMENTE																													
20 - Data de Realização do Procedimento										21 - Dente/Região										22 - Fato									
27 - Código da Glóssa										23 - Quantidade										24 - Tabela									
26 - Descrição do Procedimento										25 - Procedimento/Item Assistencial										27 - Código da Glóssa									
30 - Valor Acabado										31 - Justificativa da Operadora																			
1 - 0 6 0 1 2 5 2 1										R I S										0 1									
5 6 0										9 4										8 1 0 0 0 4 2 1									
0 0 0 0										A RADIOGRAFIA FOI ISERIDA NOVAMENTE										RX PERIAPICAL									
3 0 4 0																				3 0 4 0									
2 - 0 6 0 1 2 6 2 1										2 1										0 1									
1 0 3 2 0										9 4										8 5 2 0 0 1 6 6									
0 0 0 0										A RADIOGRAFIA FOI ISERIDA NOVAMENTE										TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR									
3 0 4 0																				3 0 4 0									
3 - 0 6 0 1 2 0 2 1										R I S										0 1									
5 6 0										9 4										8 1 0 0 0 4 2 1									
0 0 0 0										A RADIOGRAFIA FOI ISERIDA NOVAMENTE										RX PERIAPICAL									
4 0 6 0 1 2 0 2 1										2 1										0 1									
4 8 8 0										M, V, P										9 4									
0 0 0 0										A RADIOGRAFIA FOI ISERIDA NOVAMENTE										8 5 1 0 0 2 1 8									
0 0 0 0																				RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES									
3 0 4 0																				3 0 4 0									
5 -																													
6 -																													

32 - Valor Total Recursado (R\$)

33 - Valor Total Acatado (R\$)

CRO-MT 8536

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista

35 - Assinatura do Prestador

37 - Assinatura da Operadora



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	
5 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado	
3 8 2 7 8 4 5 9 0 0 1 2 4		8536/MT - CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	
Dados do Recurso no Prestador		9 - Número do Protocolo	
8 - Número do Lote			
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 4 8 7 4 6		4 4 8 7 4 6	
17 - Código da Glosa da Guia		15 - Status	
		AUTORIZADO	
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		16 - Beneficiário	
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA		00202534512700000102 - GRACE KELLY GOMES RIBEIRO	
Dados dos Itens da Guia		26 - Descrição do Procedimento	
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dentista/Região	22 - Faixa	23 - Quantidade
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial
30 - Valor Aceito	31 - Justificativa da Operadora		

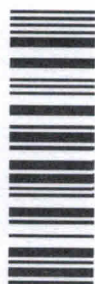
1- 0 6 0 1 2 0 2 1	R M I E	0 1	9 4	8 1 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA					
2- 0 6 0 1 2 0 2 1	3 6	D	O	M	0 1
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA					
3- 0 6 0 1 2 0 2 1	4 8 8 0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA					
4- 0 6 0 1 2 0 2 1	5 6 0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA					
5- 0 6 0 1 2 0 2 1	5 6 0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA					
6- 0 6 0 1 2 0 2 1	5 6 0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES
A RADIOGRAFIA FOI VIRADA, JA FOI REALIZADA A INSERÇÃO DA IMAGEM NA POSIÇÃO CORRETA					

32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceito (R\$)
5 4 4 0	0 0 0 0
34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador
0 6 0 1 2 0 2 1	Carla Cristina Maldaner
	Cirurgiã Dentista
	CRO-MT 8536
	36 - Data da Assinatura da Operadora
	37 - Assinatura da Operadora

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



466186
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/02 11:21	4-Data de Autorização 10/14/10 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8252242	7-Data Validade da Senha 10/12/10 15:11 21
8-Numero da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 2 8 7 5 0 0 0 0 1 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome JANETE DOS SANTOS			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
14-1-Telefone 10/01/1977			15-Nome do titular do plano JANETE DOS SANTOS		
16-Atendimento a RCI 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA			18-Numero no CRO 8536		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 10 5 1 3 9 2 8 9 1 0 5			22-Numero no CRO 8536		
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA			27-Numero no CRO 8536		
28-UF MT			29-Código CRO S MT		
30-1-Atividade 31-Código do Procedimento			32-Descrição		
33-Dente/Roubo			34-Face		
35-Qual			36-Quantidade US		
37-Valor			38-Franquia/Co-participação R\$		
39-Aut.			40-Data de Realização		
41-Módulo da Clon			42-Assinatura		

30-1-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Roubo	34-Face	35-Qual	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Módulo da Clon	42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	18,8	10,0	10,0	1	06/10/21		Janete
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6,1	10,0	10,0	1	06/10/21		Janete
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,1	10,0	10,0	1	06/10/21		Janete
4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	6,1	10,0	10,0	1	06/10/21		Janete
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-1-Tipo de Atendimento	45-1-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		27 11,0	0,0							

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário 10/02/21 Carla Cristina Maldaner Dentista CRO-MT 8536	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/21 Carla Cristina Maldaner Dentista CRO-MT 8536	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável Janete dos Santos	53-Data, local e Caimbo da Empresa
---	---	--	------------------------------------



472194
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10	4-Data de Autorização 10/08/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8278296	7-Data Validade da Senha 10/09/10
8-Número da Carteira 10/02/02			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 10/02/02
13-Nome ROBERTA GOMES			12/12/1987	14-1-Idade ()	15-Nome do Titular do plano ROBERTA GOMES
16-Atendimento a PR N					
17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA		22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA		18-Número no CRO 8536	19-UF MT
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1051139289105		27-Número no CRO 8536		24-UF MT	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA		27-Número no CRO 8536		28-UF MT	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	18 5 1 0 0 2 0 0										
2-0	0	18 5 1 0 0 1 9 6										
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 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 Cirurgião-Dentista 15/10/2011 Carla Cristina Maldaner	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2011 Carla Cristina Maldaner	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2011 Roberta Gomes	53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/10/2011 Roberta Gomes
--	--	--	---



477673
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/02/21 4-Data de Autorização 16/02/21 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8301169 7-Data Validade da Guia 17/05/21

8-Número da Carteira 00202524293500055003 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa O V D IMPORTADORA E 11-Data Validade da Carteira 16/02/21 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Plano BRUNA MABLE SOARES 06/09/1999 14-Telefone 9954139187 15-Nome do Titular do plano JACKELINE APARECIDA DE SOUZA SOARES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05139289105 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

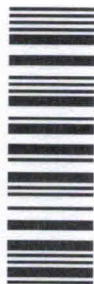
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	81000065				34,00	0,00			16/02/21		Bruna
2-0	0	85300047				36,00	0,00			16/02/21		Bruna
3-0	0	85300047				36,00	0,00			16/02/21		Bruna
4-0	0	85300047				36,00	0,00			16/02/21		Bruna
5-0	0	85300047				36,00	0,00			16/02/21		Bruna
6-0	0	85300047				36,00	0,00			16/02/21		Bruna
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsão término do Tratamento	44-Ipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
16/02/21	1-1 Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Utilização Emergência	1-1 Total 2-Parcial	1178,00	0,00					

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/02/21 Carla Cristina Maldaner Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/21 Carla Cristina Maldaner Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/21 Bruna Mable Soares 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 8536



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8164657	7-Data Validade da Semeta 22/11/2013
---------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

445263
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025342875000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANETE DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANETE DOS SANTOS		

16-Atribuição a RN CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA		17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05139289105		22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (II) 85200166-12 (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA		27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	4,00	0,00	12/02/11				
2-00	8520016	TRATAMENTO ENDODONTICO	12	1	2	5,80	0,00	12/02/11				
3-00	8100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	4,00	0,00	12/02/11				
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

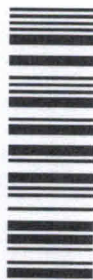
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 286,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/02/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Janete dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

Carla Cristina Maldaner da Silva
CRO-MT 8536



1- Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012 4-Data de Autorização 22/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8164659 7-Data Validade da Senha 12/12/13 445268 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025342875000000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JANETE DOS SANTOS

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JANETE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

18-Número no CRO 8536

19-UF MT

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO 8536

24-UF MT

25-Código CNES

Faturar Empresa Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA

27-Número no CRO 8536

28-UF MT

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	12/02/21			
2- 0 0	8 5 1 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMD	1	1 2 2 0 0	0,00	0,00	12/02/21			
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	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	1 8 3 0 0	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/11/2012, Cirurgia Dentista, CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA, CRO-MT 8536

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/11/2012, Cirurgia Dentista, CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA, CRO-MT 8536

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/11/2012, Janete dos Santos

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



441925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 16/11/2010 4-Data de Autorização 17/11/2010 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8150241 7-Dia Validade da Guia 16/10/2011

8-Número da Carteira 000202530625000036004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO ENGENHARIA DO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HEITOR LETTE BANDEIRA GUIMARAES 30/10/2018 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano JOHNNY BANDEIRA GUIMARAES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 18-Número no CRO 8536 19-UF MT 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05139289105 22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 23-Número no CRO 8536 24-UF MT 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA 27-Número no CRO 8536 28-UF MT 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênea	42-Assinatura
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/10/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 11/10/2011, 21, Carla Cristiana Maldaner, Cirurgião Dentista, CRO-MT 8536
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado: 11/10/2011, 21, Carla Cristiana Maldaner, Cirurgião Dentista, CRO-MT 8536
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/10/2011, 11, 53-Data, local e Cuidado da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150474	7-Data Validade da Senha 16/11/2013	441976 INTERCÂMBIO
-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

8-Número da Carteira 002022530625000036002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO ENGENHARIA DO	11-Data Validade da Carteira	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	-----------------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARA BEATRIZ MARIANO LEITE	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano JOHNNY BANDEIRA GUIMARAES
------------------------------------	-------------	---

16-Atendimento a RVN	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18-Número no CRO 8536	19-UF MT	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
----------------------	--	-----------------------	----------	-----------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23-Número no CRO 8536	24-UF MT	25-Código CNES
-------------------------------------	---	-----------------------	----------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27-Número no CRO 8536	28-UF MT	29-Código CRO S
---	-----------------------	----------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Mat	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				16/11/2012		
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00				16/11/2012		
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00				16/11/2012		
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00				16/11/2012		
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00				16/11/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

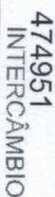
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Utilização Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	--------------------------------	-------------------------	---

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(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 Cirurgião-Dentista CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

2-N

Faturar Empresa48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

Carla Cristofari

12/02/21

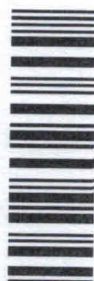
CRON-NT 8/36/2/102/2/

Carla Cristina Walde
Cirurgia Dentista

Keine Reduzierung

CRO-MT 8536

2-N



462322
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
DANIEL OLIVEIRA DA SILVA

10

resa

30-Ítens	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Fonte Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0		
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
6-0	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
7-					1	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0		
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

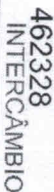
47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esmerilhado os propostos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceto 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 pagara 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.

CRO-MT Versão 0

Carta Cristina Maldaner					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2017  Cristina Maldaner Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 12/10/2017  Cristina Maldaner Cirurgiã Dentista CRO-MT 8536					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____  Daniela Oliveira Juiz(a)		53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____ _____			

2-N⁺462328
INTERCÂMBIOde

1000

41-Motivo da Glosa 42-Assi

[illegible]

100

[illegible]

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

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

3-Total Franquia / Co-participação R\$ _____

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

ue assina esse documento,

1000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/06/11 12/12/10	4- Data de Autorização 11/7/11 12/12/10	5- Série AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8150516	7- Data Validade da Série 11/06/10 13/12/11	441979 INTERCÂMBIO
---------------------------	---	--	------------------------	--	--	-----------------------

8- Número da Carteira 101021021530625000036003	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa INSTITUTO ENGENHARIA DO	11- Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--	---	--

13- Nome LORENZO LEITE BANDEIRA GUIMARAES	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do Titular do Plano JOHNNY BANDEIRA GUIMARAES
--	-------------------------------	---

16- Atendimento a RCV N	17- Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	18- Número no CRO 8536	19- UF MT	20- Código CRO S 025 -
----------------------------	--	---------------------------	--------------	---------------------------

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 05139289105	22- Nome do Contratado Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	23- Número no CRO 8536	24- UF MT	25- Código CNES
---	---	---------------------------	--------------	-----------------

26- Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA MALDANER DA SILVA	27- Número no CRO 8536	28- UF MT	29- Código CRO S
---	---------------------------	--------------	------------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentista Registo	34- Faixa	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Módo de Glosa	42- Assinatura
1- 10	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/06/11		
2- 1												
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												

43- Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 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 a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/11	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/11	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53- Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	--

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 6536

Carla Cristina Maldaner
Cirurgiã Dentista
CRO-MT 6536

