

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

349384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2017	4-Data de Autorização 04/10/2018	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7752726	7-Data Validade da Serção 29/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253035950000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SILAS CALADO FRANCO	14-Telefone 05/05/1965	15-Nome de Usar do plano SILAS CALADO FRANCO
--------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancoramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-11
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-R/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-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo de Glosa	42-Assinatura
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258,00	0,00		S	05/08/2018		
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/08/2018		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	05/08/2018		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Custa Previsto Término do Tratamento 05/08/2018	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 306,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frância / 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

Rx ok / concluído

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Beneficiário 05/10/2018 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã - Rua Maxilo Faria C.R.O. 91223 SP	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Donatário Beneficiário 05/10/2018 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã - Rua Maxilo Faria C.R.O. 91223 SP	52-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante / Responsável 05/10/2018 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã - Rua Maxilo Faria C.R.O. 91223 SP	53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/2018 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã - Rua Maxilo Faria C.R.O. 91223 SP
---	---	--	---

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2NF

362431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813872	7-Data Validade da Senha 22/11/20
Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 00202531419100000102		9-Plano PÓS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA EDUARDA VAZ MOREIRA			14-Telefone () -	15-Alcance do plano de plano CLEUSA VAZ DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Ancoramento e RM N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO-E 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801		22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		23-Número no CRO 91223	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223		28-UF SP	29-Código CBO-S

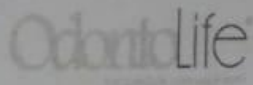
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolô	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Morfo da Guia	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/08/20		Chuzo
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		Chuzo
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		Chuzo
4												
5												
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-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Tota 2-Parcial	46-Total Quantidade US 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota 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 Solicitante 28/08/20 Camila Jusevicius Arouche Alves Ferreira CRO/SP 122977	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dto. Ana Carolina Rodrigues Camila Jusevicius Arouche Alves Ferreira CRO/SP 122977	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 28/08/20 Cleusa Vaz	53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2/0



351602

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763188	7-Data Validade de Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530772700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANILO PEREIRA BARBOSA		14-Telefone 12/01/1989	15-Nome do titular do plano VIVIANIA SA TELES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

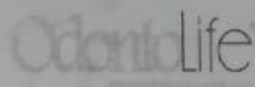
33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Clima	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/08/20		DANILO
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/08/20		DANILO
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/08/20		DANILO
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/08/20		DANILO
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/20		DANILO
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	20/08/20		DANILO
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	20/08/20		DANILO
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 300,00	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 22/08/20 Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira Cirurgião Dentista C.R.O. 91223	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/20 Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira Cirurgião Dentista C.R.O. 91223	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/08/20 DANILO	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3-Nº

349187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7751773	7-Data Validade da Senha 29/11/07/20
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530349800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL IZIDORO DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIEL IZIDORO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223	28-UF SP	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 Oclusão	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	24/08/2008		John
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	24/08/2008		John
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia de Realização do Tratamento 24/08/2008	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 122,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data e Assinatura do Paciente / Dentista 24/08/2008 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial CRO-91223 SP	51-Data e Assinatura do Profissional Contratado 24/08/2008 Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial CRO-91223 SP	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2008 John	53-Data e Assinatura da Empresa 24/08/2008
---	--	--	---

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



240

358664

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/2012	4-Data de Autorização 18/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7795533	7-Data Validade da Senha 16/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002022510550600969902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA CAROLINE RODRIGUES TAVARES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSEMEIRE MORAIS RODRIGUES
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIZ N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO 5	225 -
---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Exercente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNEC	Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Exercente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO 5	Enviar - RX (1) 82001294-48 (1) 81000421- (1) 81000421-
---	---------------------------	-------------	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fala	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	7300	0,00		S	18/08/12		Ana Caroline
2-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	18600	0,00		S	18/08/12		Ana Caroline
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00		S	18/08/12		Ana Caroline
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1400	0,00		S	18/08/12		Ana Caroline
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	1400	0,00		S	18/08/12		Ana Caroline
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Final do Tratamento 18/08/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 32100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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), 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações -RX OK 19/08	50-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante 18/08/12	51-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo Dentista 18/08/12	52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/12	53-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa 18/08/12
--------------------------------	--	--	--	---

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362426

INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813847	7-Data Validade da Série 22/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600159202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome DEMETRIUS GOMES LOBATO		14-Data de Nascimento 23/09/1999	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ROSANGELA LOURENCO GOMES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RH N	18-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	19-Número no CRO 91223	20-UF SP	21-Código CBO 5	22-CPF 025 - Faturar Empresa
23-Código de Obediência / CNPU / CFI 3380265801	24-Nome do Contratado / Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	25-Número no CRO 91223	26-UF SP	27-Código CBO 5	28-CPF 025 - Faturar Empresa
29-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		30-Número no CRO 91223	31-UF SP	32-Código CBO 3	

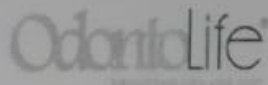
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00			S	26/08/20		
2-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00			S	26/08/20		
3-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00			S	26/08/20		
4-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00			S	26/08/20		
5-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00			S	26/08/20		
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00			S	27/08/20		
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00			S	27/08/20		
8-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00			S	27/08/20		
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-Parcela	46-Total Quantidade US 361,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), 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 yk	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/08/20 Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira Cirurgião Bucal e Maxilo Facial CRO. 91223 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20 Rosângela Lourenço Gomes CRO. 91223 SP	52-Data, local e Contato da Empresa / /
---------------------	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*

349393
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7752766	7-Data Validade da Senha 29/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253072700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VIVIANIA SA TELES DOS SANTOS	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano VIVIANIA SA TELES DOS SANTOS
---	-----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcance a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
----------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO 5
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cixa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/08/2012		<i>Viviania</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/08/2012		<i>Viviania</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/08/2012		<i>Viviania</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/08/2012		<i>Viviania</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/08/2012		<i>Viviania</i>
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	05/08/2012		<i>Viviania</i>
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 de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 239,00	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

Concluído 08/08

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2012 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira CRO. 91223 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 06/10/2012 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã Buco Maxilo Facial CRO. 91223 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/2012 Viviania	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



358197
INTERCAMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019	4-Data de Autorização 11/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793318	7-Data Validade da Senha 11/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1002025302616000000101		9-Plano 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 ELISABETE GONCALVES DE BRITO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ELISABETE GONCALVES DE BRITO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento e RIV N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO E	Q25 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNEB
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CRO 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 Guise	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	M	1	6100	0,00		S	19/08/2019	229	Elisabete
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6100	0,00		S	19/08/2019	229	Elisabete
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término de Tratamento 19/08/2019	44-Tipo de Anclamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirudonte 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1220,00	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), 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 S 19/08/2019 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgia Buco-Maxil. CRO-91223	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/2019 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgia Buco-Maxil. CRO-91223 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2019 Elisabete	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2019
---	--	--	---



328381
INTERCAMBIO

2-77

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/3/10)6/12/0	4-Data de Autorização (2/3/10)6/12/0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7654687	7-Data Validade da Senha (2/1/10)9/12/0
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025100550600886902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELLEN DE MELO GOMES	14-Telefone 29/03/1996	15-Nome do titular do plano ANTONIA DE MELO DA SILVA		

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-48 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S 02/08/20		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00			S 02/08/20		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00			S 02/08/20		
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			S 02/08/20		
5	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00			S 02/08/20		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			S 02/08/20		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			S 02/08/20		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			S 02/08/20		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			S 02/08/20		
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 de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 670,00	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 Emissão 18/48

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/2010 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgia Buco Maxil. CRO. 91223 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2010 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgia Buco Maxil. CRO. 91223 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / x G. G. G.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



328434

1. Registro 406414	2. Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 6 / 2 0	3. Data de Vencimento 2 6 / 0 6 / 2 0	4. Status AUTORIZADO	5. Número da Guia 7654921	6. Data de Vencimento da Guia 2 1 / 0 9 / 2 0
7. Nome do Paciente C 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 8 0 0 0 0 4 6 0 1		8. Nome do Prestador POSSREI, PRESTADORA	9. Nome da Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	10. Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 6 / 2 0	11. Data de Vencimento da Guia 2 6 / 0 6 / 2 0
12. Nome FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA		13. Data de Nascimento 11/07/1993	14. Nome da Mãe FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA	15. Nome da Mãe do Paciente FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA	
16. Nome do Prestador N					
17. Nome do Prestador CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
18. Número da CBO 91223					
19. UF SP					
20. Grupo CBO A 26 06 20					
21. Nome da Empresa Faturar Empresa					
22. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
23. Número da CBO 91223					
24. UF SP					
25. Grupo CBO B 26 06 20					
26. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
27. Número da CBO 91223					
28. UF SP					
29. Grupo CBO C 26 06 20					
30. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
31. Número da CBO 91223					
32. UF SP					
33. Grupo CBO D 26 06 20					
34. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
35. Número da CBO 91223					
36. UF SP					
37. Grupo CBO E 26 06 20					
38. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
39. Número da CBO 91223					
40. UF SP					
41. Grupo CBO F 26 06 20					
42. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
43. Número da CBO 91223					
44. UF SP					
45. Grupo CBO G 26 06 20					
46. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
47. Número da CBO 91223					
48. UF SP					
49. Grupo CBO H 26 06 20					
50. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
51. Número da CBO 91223					
52. UF SP					
53. Grupo CBO I 26 06 20					
54. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
55. Número da CBO 91223					
56. UF SP					
57. Grupo CBO J 26 06 20					
58. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
59. Número da CBO 91223					
60. UF SP					
61. Grupo CBO K 26 06 20					
62. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
63. Número da CBO 91223					
64. UF SP					
65. Grupo CBO L 26 06 20					
66. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
67. Número da CBO 91223					
68. UF SP					
69. Grupo CBO M 26 06 20					
70. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
71. Número da CBO 91223					
72. UF SP					
73. Grupo CBO N 26 06 20					
74. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
75. Número da CBO 91223					
76. UF SP					
77. Grupo CBO O 26 06 20					
78. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
79. Número da CBO 91223					
80. UF SP					
81. Grupo CBO P 26 06 20					
82. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
83. Número da CBO 91223					
84. UF SP					
85. Grupo CBO Q 26 06 20					
86. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
87. Número da CBO 91223					
88. UF SP					
89. Grupo CBO R 26 06 20					
90. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
91. Número da CBO 91223					
92. UF SP					
93. Grupo CBO S 26 06 20					
94. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
95. Número da CBO 91223					
96. UF SP					
97. Grupo CBO T 26 06 20					
98. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
99. Número da CBO 91223					
100. UF SP					
101. Grupo CBO U 26 06 20					
102. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
103. Número da CBO 91223					
104. UF SP					
105. Grupo CBO V 26 06 20					
106. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
107. Número da CBO 91223					
108. UF SP					
109. Grupo CBO W 26 06 20					
110. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
111. Número da CBO 91223					
112. UF SP					
113. Grupo CBO X 26 06 20					
114. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
115. Número da CBO 91223					
116. UF SP					
117. Grupo CBO Y 26 06 20					
118. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
119. Número da CBO 91223					
120. UF SP					
121. Grupo CBO Z 26 06 20					
122. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
123. Número da CBO 91223					
124. UF SP					
125. Grupo CBO AA 26 06 20					
126. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
127. Número da CBO 91223					
128. UF SP					
129. Grupo CBO AB 26 06 20					
130. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
131. Número da CBO 91223					
132. UF SP					
133. Grupo CBO AC 26 06 20					
134. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
135. Número da CBO 91223					
136. UF SP					
137. Grupo CBO AD 26 06 20					
138. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
139. Número da CBO 91223					
140. UF SP					
141. Grupo CBO AE 26 06 20					
142. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
143. Número da CBO 91223					
144. UF SP					
145. Grupo CBO AF 26 06 20					
146. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
147. Número da CBO 91223					
148. UF SP					
149. Grupo CBO AG 26 06 20					
150. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
151. Número da CBO 91223					
152. UF SP					
153. Grupo CBO AH 26 06 20					
154. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
155. Número da CBO 91223					
156. UF SP					
157. Grupo CBO AI 26 06 20					
158. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
159. Número da CBO 91223					
160. UF SP					
161. Grupo CBO AJ 26 06 20					
162. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
163. Número da CBO 91223					
164. UF SP					
165. Grupo CBO AK 26 06 20					
166. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
167. Número da CBO 91223					
168. UF SP					
169. Grupo CBO AL 26 06 20					
170. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
171. Número da CBO 91223					
172. UF SP					
173. Grupo CBO AM 26 06 20					
174. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
175. Número da CBO 91223					
176. UF SP					
177. Grupo CBO AN 26 06 20					
178. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
179. Número da CBO 91223					
180. UF SP					
181. Grupo CBO AO 26 06 20					
182. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
183. Número da CBO 91223					
184. UF SP					
185. Grupo CBO AP 26 06 20					
186. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
187. Número da CBO 91223					
188. UF SP					
189. Grupo CBO AQ 26 06 20					
190. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
191. Número da CBO 91223					
192. UF SP					
193. Grupo CBO AR 26 06 20					
194. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
195. Número da CBO 91223					
196. UF SP					
197. Grupo CBO AS 26 06 20					
198. Nome da Empresa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
199. Número da CBO 91223					
200. UF SP					

concluído

26 06 20

26 06 20

Dra

26 06 20

a faturar