

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



357822
 INTERCÂMBIO

1-Registro AINS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 11/07/2018

4-Data de Autorização
 12/04/2018

5-Senha
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 7791742

7-Data Vencimento da Senha
 11/05/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 00202510550601651802

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
 / /

12-Número da Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
 GABRIEL DE RESENDE YENDO

23/08/2008

14-Teléfono
 () -

15-Nome do titular do plano
 ADRIANA BATISTA DE RESENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RH
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
 120548

19-UF
 SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 14124963810

22-Nome do Contratado Executante
 GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
 120548

24-UF
 SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
 GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
 120548

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-Aui	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Aui
1-00	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00				15/12/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 12/10/2018

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
 72,00

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) 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
 12/11/2018/120548 Dr.ª. Giovanna Franco Tini

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 12/11/2018/120548 Dr.ª. Giovanna Franco Tini

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 14/11/2018/210120

53-Data, local e Cartão da Empresa
 / /

Dr.ª. Giovanna Franco Tini
 Cirurgião 120.548
 CRO - SP 120.548

2-M



359823
INTERCAMBIO

ADRIANA BATISTA DE RESENDE

20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
23-Código CNES	
29-Código CBO S	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

47-Valor Total R\$	1144,00
48-Total Frequência / Participação R\$	1144,00

to, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

48-02898-10

53-Data, local e Caimbo da Empresa



353949
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/08 4-Dia de Autorização 24/10/08 5-Senha AUTORIZADO 7773909 6-Número da Guia Principal 7773909 7-Dia Validade da Guia 10/08/11/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202510506017722011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MARILI DE MELO

14-Telefone 11/04/1959 15-Nome do Pai do plano MARILI DE MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 44249633810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 3

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-Dia de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	5	24/08/20		
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	5	24/08/20		
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	5	24/08/20		
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	5	24/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/10/08/20 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 144,00 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/08/20 Dra. Giovanna Tini 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/08/20 Dra. Giovanna Tini 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/08/20 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-49



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2017 4-Data de Autorização 11/10/2018 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7741922 7-Data Validade da Seria 12/06/2018

347160
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253065600000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FRANCIELI TENEDINI

28/03/1992

14-Telefone

15-Nome do titular do plano FRANCIELI TENEDINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO 120548

19-UF SP

20-Código CBO 3

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14424963810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO 120548

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO 120548

28-UF SP

29-Código CBO 3

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 Cessa	42-Sinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00	5127108120				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/08/2017 44-Tipo de Atendimento 1-Treinamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total 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 12/10/2017 Dra. Giovanna Tini 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2017 Dra. Giovanna Tini 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2017 Jannick 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



356284
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/10/2018

4-Data de Autorização
12/10/2018

5-Data de Benefício

6-Setor
AUTORIZADO

6-1-Número da Guia Principal
7785075

7-Data Válida da Bateria
11/11/2018

8-Número da Carteira

10-02025105506015112011

9-Fruto
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Válida da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
IVONE CANTEIRO RAMIREZ NASCIMENTO

25/11/1965

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
IVONE CANTEIRO RAMIREZ NASCIMENTO

16-Atendimento a RH
GIOVANNA FRANCO TINI

17-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento

18-Número no CBO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO II

025 -

21-Código na Operadora / CHU / CPF

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CBO
120548

24-UF
SP

25-Código CHES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-QR	36-Quantidade U3	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Dia de Realização	41-Mês/Ano da Guia	42-Assinatura
1-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6,10,00	0,00,00	5,128,98/240	5	28/08/2018	10/10/18	
2-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6,10,00	0,00,00	5,128,98/240	5	28/08/2018	10/10/18	
3-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,10,00	0,00,00	5,128,98/240	5	28/08/2018	10/10/18	
4-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6,10,00	0,00,00	5,128,98/240	5	28/08/2018	10/10/18	
5-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,10,00	0,00,00	5,128,98/240	5	28/08/2018	10/10/18	
6-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6,10,00	0,00,00	5,128,98/240	5	28/08/2018	10/10/18	
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento
29/10/2018

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade U3
3,6,6,0,0

47-Valor Total R\$
10,00,00

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) 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
Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário
29/10/2018
Dra. Giovanna Tini
Cirurgia - Dentista
CRO - SP 120.548

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/10/2018
Dra. Giovanna Tini
Cirurgia - Dentista
CRO - SP 120.548

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/10/2018
Dra. Giovanna Tini
Cirurgia - Dentista
CRO - SP 120.548

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/08/20	4-Data de Autenticação 12/1/08/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7786902	7-Data Validade da Serção 11/1/11/20
--------------------------	---	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

356660
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020251050600316701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ////
13-Nome MARIA APARECIDA DOS REIS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DOS REIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4424963810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TININI
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TININI	27-Número no CRO 120548
28-UF SP	29-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Matéria da Obra	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	0,00	0,00	5	21/08/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/1/08/20												
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/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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/1/08/20 DRA. GIOVANNA TININI	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Prestador 12/1/08/20 DRA. GIOVANNA TININI	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1/08/20	53-Data, local e Cartão da Empresa ////
--	--	---	--



350281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2018	4-Data de Autorização 11/11/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7757109	7-Data Validade da Série 10/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020252965200000010102	9-Perno POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
MARIANA DIAS SIMPLICIO

16/09/2002

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14124963810	22-Nome do Contratado Exatante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exatante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Número no CRO 120548	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-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	01	61	00	0,00	5114108120				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/31/081210	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

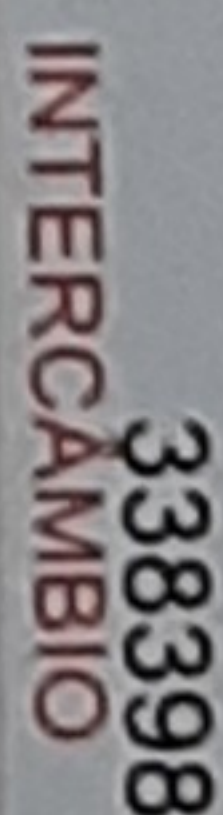
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 11/31/081210 Dr. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/31/081210 Dr. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/31/081210 - 8888	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	--	--



246



338398
INTERCAMBIO

1000

4 - Mês da Cursa 42 Assinatura

te e arcar com os custos p
que assina esse documento.

[illegible][illegible]



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



335366
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/107/12/01	4-Data de Autorização 11/3/107/12/01	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687595	7-Data Vencida da Semana 10/5/110/12/01
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252965520000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ELIANE SELVINA DIAS	01/03/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RV N	17-Nome do Profissional Responsável GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Número no CRO 120548	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-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moção da Caixa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	D	1	61,00	0,00	5117,08/20				
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 Prevista Término do Tratamento 11/108/1201	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Credenciaria 4-Infância/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), 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 Responsável 11/2/108/1201 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/2/108/1201 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/108/1201 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548	53-Data, local e Carteira da Empresa 11/2/108/1201 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



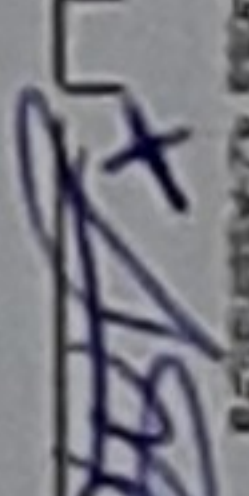
333412
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/17 4-Data de Autorização 13/10/19 5-Forma de Autorização AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7679454 7-Data Validade da Guia 13/10/19 8-Data Validade da Guia 13/10/19

8-Número da Carteira 1002025305980000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JOSE APARECIDO ALVES DOMINGOS 14-Telefone 06/10/1964 15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS

16-Abandono a RH GIOVANNA FRANCO TINI 17-Nome do Profissional Substituto GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14424963810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNEB 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 8

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rancho	34-1º ace	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Subt	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00	518,08	20			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												
18/10/2017 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Limpância/Emergência 1-1-Total 2-Parcial 61,00 0,00 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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, do profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável: GIOVANNA TINI 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável: GIOVANNA TINI 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS 53-Data, local e Assinatura da Empresa: CRO - SP 120.548



Exclusivo para você ter

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



345496
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2017	4-Data de Autorização 12/09/2017	6-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7734812	7-Data Validade da Senha 12/12/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0002025296474000001011	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/10/2017	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome TATIANA INACIO DA SILVA	21/10/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TATIANA INACIO DA SILVA
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Numero no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Numero no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNE S Enviar - RX (1) 85100200
---	--	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Numero no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO 3
--	----------------------------	-------------	-----------------

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UN	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00	5114,08	20			<i>Giovanna</i>
2-00												
3-00												
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 Prevista Término do Tratamento 11/10/2017	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 UN 88,00	47-Valor Total R\$ 5114,08	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	--	---------------------------------	-------------------------------	--

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 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 Contratado Responsável 11/10/2017 12:00 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2017 12:05 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2017 12:05 Dra. Giovanna Tini	53-Data, local e Cartão da Empresa CRO-SP 120.548
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



349988
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/18 12:01	4-Data de Autorização 11/01/18 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755510	7-Data Vencida da Guia 10/11/11 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202510506017722011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número da Carteira Nacional de Saúde ////
---	--------------------------------	--	--------------------------------------	---

13-Nome
MARILI DE MELO

11/04/1959

14-Teléfono
() -

15-Nome do titular do plano
MARILI DE MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TININI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNE S 26-Código CRO S
--	--	----------------------------	-------------	------------------------------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TININI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CRO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/08/2018		baixo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/08/20	44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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), 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 11/01/08/120548 Cirurgia - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/08/120548 Cirurgia - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/08/120548 Maele	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ºº



335359
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 7/12/10 4-Data de Autorização 11/01/10 7/12/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7687553 7-Data Validade da Guia 10/15/11 10/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/01/2012 5129655200001011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELIANE SELVINA DIAS 14-Telefone 01/03/1973 15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI 18-Número no CRO 120548 19-Uf SP 20-Código CBO 3 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14142496338110 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TININI 23-Número no CRO 120548 24-Uf SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TININI 27-Número no CRO 120548 28-Uf SP 29-Código CBO 3

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-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-01018530100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10/18/10	40	
2-01018530100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10/18/10	40	
3-01018530100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10/18/10	40	
4-01018530100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10/18/10	40	
5-01018530100471												
6-01018530100471												
7-01018530100471												
8-01018530100471												
9-01018530100471												
10-01018530100471												
11-01018530100471												
12-01018530100471												
13-01018530100471												
14-01018530100471												
15-01018530100471												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 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) 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 Giovanna Tini 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Giovanna Tini 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário) 53-Data, local e Carimbo da Empresa



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2017	4-Data de Autorização 10/03/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7701080	7-Data Vencida da Senha 11/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

338438
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1002025306177000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARMEM DULCE FERREIRA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA		

16-Atendimento a ROL N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CRO 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 Oclusão	42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	5,00	08/11/2017		<i>[Assinatura]</i>
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	5,00	08/11/2017		<i>[Assinatura]</i>
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	5,00	08/11/2017		<i>[Assinatura]</i>
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	5,00	08/11/2017		<i>[Assinatura]</i>
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/03/2018	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 144,00	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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 03/01/2018 <i>[Assinatura]</i> Cirurgiã - Dentista CRO - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/01/2018 <i>[Assinatura]</i> Cirurgiã - Dentista CRO - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/01/2018 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/01/2018
---	---	--	---



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/03/2016 4-Data de Autorização 13/03/2016 5-Beneficiário AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7856116 7-Data Validade da Guia 12/11/2019

328655
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10102025296552000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome MARIANA DIAS SIMPLICIO

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 16/09/2002

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Teléfono () - - - - -

11-Data Validade da Carteira 12/11/2019 12-Número da Carteira Nacional da Saúde 13-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS

15-Matricula a PI 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO 120548 19-UF SP

20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CUP / CPF 141249633810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO 120548 24-UF SP

25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO 120548 28-UF SP

29-Código CBO S

30-Tipo de Serviço	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fecha	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia 42-Assinatura
1-0	108100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	14,00	0,00			15/03/2016	<i>[Assinatura]</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/10/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2016 *[Assinatura]* 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2016 *[Assinatura]* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2016 *[Assinatura]*

Dra. Giovanna Tini
Cirurgiã - Dentista
CRO - SP 120.348



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



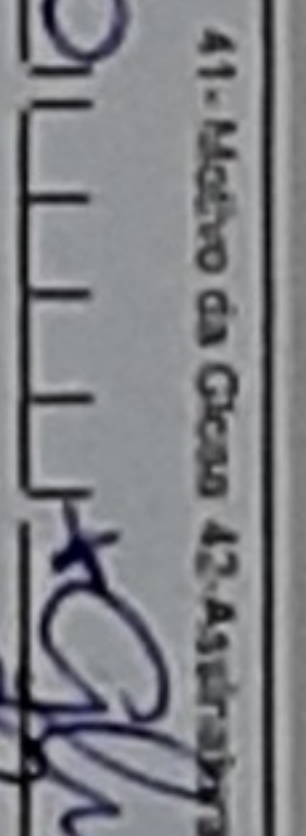
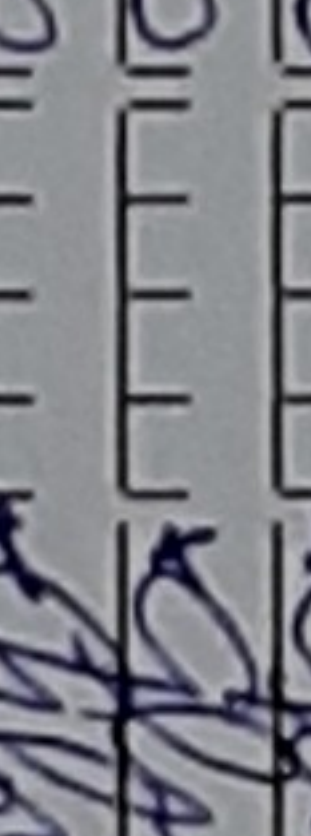
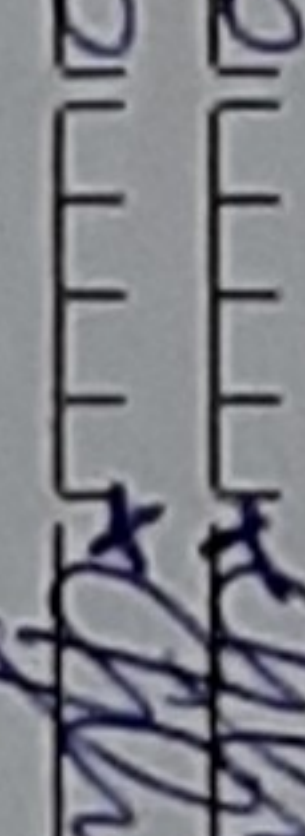
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autenticação 12/11/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7711811	7-Data Vencimento da Guia 14/11/2012
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

340692
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002020251055060123190011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GERSON ESCARABELLO	03/01/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GERSON ESCARABELLO
-------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	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-Medico da Oclus	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/12/12		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/12/12		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/12/12		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/12/12		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/4/08/12												
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 144,00												
47-Valor Total R\$ 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) 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 Contratado Responsável 10/4/08/12 D. Giovanna Tini CRO-SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 10/4/08/12 D. Giovanna Tini CRO-SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/08/12 D. Giovanna Tini CRO-SP 120.548	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data da Autorização 21/07/2012	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7714287	7-Data Vencida da Semel 15/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

341237
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025105506000908011	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/13	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 1151101201
13-Nome ELISABETH DOS SANTOS	27/12/1962	14-Telefone (11) 369513872	15-Nome do titular do plano ELISABETH DOS SANTOS	

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNE S Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Praca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	LM	1	88,00	0,00			15/08/2012		X
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 10/08/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / 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 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 10/08/2012 GIOVANNA TINI	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2012 GIOVANNA TINI	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2012 GIOVANNA TINI	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/08/2012 GIOVANNA TINI
--	--	--	---

CRU - 120.548

