

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: AL ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 30643377000120 (AL ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 25374/RS

Cirurgião Dentista: (16986) - AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
362643 - I	DANIELLE AZAMBUJA DE OLIVEIRA RAMOS (00202511719700032002)		24/08/2020	34	0.3	R\$ 10,20
370645 - I	DANIELLE AZAMBUJA DE OLIVEIRA RAMOS (00202511719700032002)		04/09/2020	140	0.3	R\$ 42,00
374591 - I	AMANDA ANDRIOTTI RODRIGUES (00202509979800001101)		14/09/2020	140	0.3	R\$ 42,00
375645 - I	DANIELLE AZAMBUJA DE OLIVEIRA RAMOS (00202511719700032002)		15/09/2020	122	0.3	R\$ 36,60
379449 - I	ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000101)		21/09/2020	34	0.3	R\$ 10,20
379452 - I	JESSICA GRAZIELE FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000102)		21/09/2020	34	0.3	R\$ 10,20
389751 - I	VALERIA DA LUZ JUSTIN (00202529629500000101)		05/10/2020	34	0.3	R\$ 10,20
391447 - I	ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000101)		07/10/2020	140	0.3	R\$ 42,00
391454 - I	JESSICA GRAZIELE FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000102)		07/10/2020	140	0.3	R\$ 42,00
396603 - I	LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA (00202509979800001901)		15/10/2020	34	0.3	R\$ 10,20
396647 - I	LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA (00202509979800001901)		15/10/2020	140	0.3	R\$ 42,00
399755 - I	ALINE VARGAS DO AMARAL DE FREITAS (00202532494100000101)		20/10/2020	122	0.3	R\$ 36,60
400757 - I	JESSICA GRAZIELE FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000102)		21/10/2020	73	0.3	R\$ 21,90
400798 - I	ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK (00202531691200000101)		21/10/2020	122	0.3	R\$ 36,60
405995 - I	LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA (00202509979800001901)		27/10/2020	183	0.3	R\$ 54,90
406845 - I	VALERIA DA LUZ JUSTIN (00202529629500000101)		28/10/2020	140	0.3	R\$ 42,00
406852 - I	VALERIA DA LUZ JUSTIN (00202529629500000101)		28/10/2020	61	0.3	R\$ 18,30
411045 - I	ALINE VARGAS DO AMARAL DE FREITAS (00202532494100000101)		04/11/2020	122	0.3	R\$ 36,60
416363 - I	GISLAINE DELGADO RIBEIRO (00202509979800001501)		11/11/2020	140	0.3	R\$ 42,00

Totalizador

Nº de USOs: 1955
Nº de atendimentos: 19
Valor: R\$ 586,50

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1955
Nº de atendimentos: 19
Valor: R\$ 586,50

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1955
Nº de atendimentos: 19
Valor: R\$ 586,50

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 11/01/2021 09:41

Página 1 de 1

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

399755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia (2)0/(1)0/(2)0/	3-Data de Autorização (0)5/(1)1/(2)0/	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7974076	6-Data Validade da Sentença (1)8/(0)1/(2)1/							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira (0)0/(2)0/(2)5/(3)2/(4)9/(4)1/(0)0/(0)0/(1)0/(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 AINE VARGAS DO AMARAL DE FREITAS		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano AINE VARGAS DO AMARAL DE FREITAS									
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento												
16-Atribuição a ROR N	17-Nome do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3)1/(1)7/(7)3/(7)3/(8)3/(1) /	22-Nome do Contratado / Beneficiário AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CBO S								
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Fluxo	34-Fixo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Classe 42-Assinatura	
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento (0)5/(1)1/(2)0/		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Atendimento Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Tipo Quantidade US 1 2 1 0 0 0		47-Valor Total R\$ 1 0 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 0 0 0 0		
Declaram, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observações Imagens analisadas												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (0)5/(1)1/(2)0/ Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (0)5/(1)1/(2)0/ Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável A. Freitas		53-Data, local e Centro da Empresa						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

374591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 15/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867683	7-Data Vencimento da Guia 13/11/2019							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202509979800001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G R COMERCIO DE METAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome AMANDA ANDRIOTTI RODRIGUES		14-Telefone (11) 85316-14882	15-Nome do titular do plano AMANDA ANDRIOTTI RODRIGUES									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabete	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35100	0100	15109120	Amada					
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35100	0100	15109120	Amada					
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35100	0100	15109120	Amada					
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35100	0100	15109120	Amada					
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 15/10/2019												
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 141010												
47-Valor Total R\$ 1010												
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, a 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 Alterada a Guia de temporária para definitiva.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2019 Ailla Caralotti			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2019 Ailla Caralotti			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2019 Amada Andriotti			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

379449
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7887338	7-Data Validade da Senha 20/11/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Atendimento de Certeira 002025316912000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Certeira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK		14-Telefone 11/11/2000 () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CHES							
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO B							
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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/10/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento 08/11/2012											
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 Quantizado 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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referência 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 08/11/2012 Ailla Lancellotti											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Ailla Lancellotti											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012 Ana Gabriela											
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /											



391447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 10/17/11/01/2011	4-Data de Autorização 11/15/11/01/2011	6-Serão AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7940324	7-Data Validade da Sessão 10/15/11/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Endereço do Cartão 0101201253116911200000001011		9-Ramo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK		14-Teléfono 11/11/2000		15-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Alinhamento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		19-Número no CRO 25374	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111717373738311		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número no CRO 25374	
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374		28-UF RS	
29-Código CRO S 025 -		30-Código CRO B		31-Código CRO C	
32-Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Deixar Registo	37-Face	38-Quantidade US
1-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
2-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
3-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
4-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
5-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
6-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
7-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
8-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
9-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
10-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
11-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
12-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
13-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
14-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
15-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
16-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
17-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
18-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
19-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
20-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
21-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
22-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
23-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
24-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
25-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
26-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
27-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
28-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
29-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
30-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
31-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
32-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
33-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
34-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
35-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
36-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
37-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
38-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
39-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
40-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
41-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
42-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
43-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
44-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
45-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
46-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
47-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
48-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
49-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
50-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
51-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
52-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
53-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
54-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
55-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
56-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
57-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
58-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
59-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
60-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
61-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
62-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
63-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
64-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
65-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
66-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
67-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
68-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
69-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
70-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
71-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
72-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
73-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
74-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
75-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
76-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
77-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
78-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
79-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
80-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
81-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
82-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
83-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
84-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
85-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
86-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
87-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
88-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
89-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
90-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
91-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
92-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
93-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
94-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
95-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
96-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
97-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
98-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
99-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
100-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
101-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
102-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
103-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
104-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
105-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
106-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
107-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
108-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
109-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
110-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
111-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
112-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
113-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
114-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
115-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
116-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
117-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
118-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
119-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
120-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
121-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
122-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
123-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
124-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
125-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
126-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
127-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
128-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
129-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
130-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
131-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
132-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
133-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
134-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
135-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
136-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
137-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
138-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
139-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
140-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
141-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
142-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
143-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
144-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
145-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
146-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
147-01018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
148-01018400001918	PROFILAXIA:				



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



400798

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2010	4-Data de Autorização 21/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978681	7-Data Validade da Senha 19/01/2011												
Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK		14-Data de Nascimento 11/11/2000	15-Telefone (11) 11111111	16-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111713713131111		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mulher da Gênes 42-Assinatura						
1	01018510101916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	D	1	161,00	0,00			21/11/2010							
2	01018510101916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	161,00	0,00			21/11/2010							
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Previsto Término do Tratamento 21/11/2010		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1221,00		47-Valor Total RS 0,00		48-Total Franquia / Co-participação RS							
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 Solicitante 21/11/2010, Ailla Lancelotti												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2010, Ailla Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Ana Gabriela Friedrich Bednarek		53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

362643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/2012	4-Data de Autorização 15/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614823	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511719700032002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EDITORA POSITIVO LTDA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIELLE AZAMBUJA DE OLIVEIRA RAMOS		14-Telefone 26/09/1987	15-Nome do titular do plano MARCIO ALEXANDRE RAMOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Pagão	34-Face	35-Qtd
1-0018100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 24/08/2012					
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					
47-Valor Total R\$					
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 Solicitante 24/08/2012, Ailla Lancellotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Cerdesta 24/08/2012, Ailla Lancellotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2012, Marcio Alexandre Ramos					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Régimen ANS 406414		S-Data de Entrada da Guia [0][4]/[09]/[20]		C-Est do Beneficiário [1][5]/[10]/[9]/[20]		S-Senha AUTORIZADO		N-Número da Guia Principal 7851071		F-Data Validade da Senha [0][3]/[11]/[20]		370645 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
S-Número de Carteira [0][0][2][0][2][5][1][1][7][1][9][7][0][0][0][3][2][0][0][2]						S-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EDITORA POSITIVO LTDA		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/		13-Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/___/_____-_____	
13-Nome DANIELLE AZAMBUJA DE OLIVEIRA RAMOS						26/09/1987		14-Telefone (_) _ _ - _ _ _ - _ _ _		15-Nome do titular do plano MARCIO ALEXANDRE RAMOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Afastamento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI				18-Número na CRO 25374		19-GF RS		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código no Operadora / CNPJ / CPP [3][1][1][7][7][3][7][3][8][3][1] _ _ _				22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI				23-Número na CRO 25374		24-GF RS		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI						27-Número na CRO 25374		28-GF RS		29-Código CRO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos													
35-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ragão	34-Face	35-Oc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Co-participação RS	39-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura	
1-	[0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	_	[1]	[3][5][0][0]	[0][0][0]			[15/11/20]			
2-	[0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	_	[1]	[3][5][0][0]	[0][0][0]			[15/11/20]			
3-	[0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	_	[1]	[3][5][0][0]	[0][0][0]			[15/11/20]			
4-	[0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	_	[1]	[3][5][0][0]	[0][0][0]			[15/11/20]			
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsto Término do Tratamento [15/11/20]		44-Tipo de Afastamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontista 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US [1][4][0][0][0]		47-Valor Total RS [0][0][0]		48-Total Franquia / Co-participação RS			
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante [15/11/20] Ailla Lancelotti		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [15/11/20] Ailla Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [15/11/20] Marcio Alexandre Ramos		53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/___/_____-_____							



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-Nº

375645
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012	4-Data de Autorização 13/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872347	7-Data Validade da Guia 14/12/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202511719700032002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EDITORA POSITIVO LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome DANIELLE AZAMBUJA DE OLIVEIRA RAMOS		14-Telefone 26/09/1987	15-Nome do titular do plano MARCIO ALEXANDRE RAMOS								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimento Substituto											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Raio	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61100	00100			15/09/2012	20
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61100	00100			15/09/2012	20
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/10/2012	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 112100	47-Valor Total R\$ 1000	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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-Diça, local e Assinatura de Chefe-Dentista Solicitante 10/10/2012 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti											
51-Diça, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti											
52-Diça, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012 Marcio Alexandre Ramos											
53-Diça, local e Carimbo da Empresa / /											

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

384719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	3-Data de Autorização 21/09/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50194952	6-Data Validade da Série 21/12/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 003700000015777041	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708104545110532							
13-Nome ELISEU RADAIESKY SALAZAR		14-Telefone 08/09/1952 () -	15-Nome do titular do plano ELISEU RADAIESKY SALAZAR								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Afastamento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S	801 - Faturar Empresa						
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 1-010181000030	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Evento/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US 3400	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização 21/09/2012	41-Motivo de Omissão 42-Assinatura
2- /											
3- /											
4- /											
5- /											
6- /											
7- /											
8- /											
9- /											
10- /											
11- /											
12- /											
13- /											
14- /											
15- /											
43-Data Previsto Término do Tratamento 21/09/2012		44-Tipo de Afastamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 21/09/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/2012, Eliseu Radaiesky Salazar	53-Data, local e Contribuição da Empresa / /
--	--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-01



1-Registro AND 406414	3-Casa de Emenda de Guia (2 0 1 1 0 1 2 0)	4-Data de Autorização (2 0 1 1 0 1 2 0)	5-Caixa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200272	7-Casa Válida de Tinha (1 8 1 0 1 1 2 1)	399940 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número do Cartão (0 0 3 1 7 0 0 0 0 0 1 5 7 7 0 4 1)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade de Cartão () / () / ()	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708104545110532		
13-Nome ELISEU RADAIESKY SALAZAR		14-Data 06/09/1952	15-Data () / () / ()	16-Nome do Titular do plano ELISEU RADAIESKY SALAZAR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
17-Identificação a RIN N	18-Nome do Profissional Solucionista AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	19-Número na CRO 25374	20-UF RS	21-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa	
22-Código no Operadora / CNPJ / CNP (3 1 1 1 7 1 7 3 7 3 8 3 1)	23-Nome do Contratado Beneficiário AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	24-Número na CRO 25374	25-UF RS	26-Código CNES () 85100218	Enviar - RX	
27-Nome do Profissional Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	28-Número na CRO 25374	29-UF RS	30-Código CBO S () 85100200	() 85100200		
Plano de Tratamento / Procedimentos Substitutos						
31-Tabula	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Modo	36-Valor	37-Valor
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	14 MOD	1 2 2 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OD	1 8 8 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	45 OD	1 8 8 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
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 (0 3 1 1 1 1 2 0)						
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Cirurgia Radiológica 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência						
45-Data de Faturamento () 1- Total 2- Parcial						
46-Total Quantidade (R\$) () 1 2 9 8 1 0 0						
47-Valor Total (R\$) () 1 0 0 0						
48-Total Parcelas / Co-participação (R\$) () 1 0 0 0						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e 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 (0 3 1 1 1 1 2 0) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (0 3 1 1 1 1 2 0) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (0 3 1 1 1 1 2 0) Eliseu Radaiesky Salazar						
53-Data, local e Carimbo da Empresa () / () / ()						

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANO 406414	2-Data de Emissão da Guia (2/11/09/12/0)	3-Data de Autorização (08/11/01/2/0)	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7887356	6-Data Validade da Guia (2/01/11/2/0)	7-Data Validade da Guia (2/01/11/2/0)	8-Data Validade da Guia (2/01/11/2/0)
9-Número da Carteira (0020202531169120000001002)		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira ()/()/()	
13-Nome JESSICA GRAZIELE FRIEDRICH BEDNAREK		14-Telefone ()-()-()-()-()-()		15-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK		16-Número do Cartão Nacional de Saúde	
17-Endereço a/RN N		18-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		19-Número no CRO 25374		20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF (311177373738311111)		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número no CRO 25374		24-Código CNES ()-()-()-()-()-()	
25-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		26-Número no CRO 25374		27-UF RS		28-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-1	0108100000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00
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							
38-Data Prevista Término do Tratamento (08/11/01/2/0)		39-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Clonoterapia 4-Urgência/Emergência		40-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		41-Total Quantidade US (34,00)	
42-Valor Total R\$ (0,00)		43-Total Franquia / Co-participação R\$ (0,00)		44-Total Franquia / Co-participação R\$ (0,00)		45-Motivo da Guia 42-Assinatura	
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 em conformidade com o 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.							
46-Observação							
47-Observação							
48-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante (08/11/01/2/0) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		49-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista (08/11/01/2/0) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (08/11/01/2/0) Ana Gabriela Friedrich Bednarek		51-Data, local e Carimbo da Empresa ()/()/()	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

400757
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/11/10/12/0	3-Data de Autorização 12/11/10/12/0	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7978481	6-Data Válida da Guia 11/9/10/11/2/1
7-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202531691200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11/11
12-Nome JESSICA GRAZIELE FRIEDRICH BEDNAREK		13-Data de Nascimento 05/12/2003		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		19-Número no CRO 25374	20-UF RS	21-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CNP 31117173738311		23-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374		28-UF RS	29-Código CRO S
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Quantidade US
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	7300
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
37-Valor		38-Franquia/Participação R\$		39-Aut	40-Data de Realização
7300		0,00		S	12/11/10/12/0
41-Medio de Classe		42-Assinatura			
12/11/10/12/0		12/11/10/12/0			
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
12/11/10/12/0		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Engenharia/Emergência		1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Participação R\$	
7300		0,00		0,00	
Declaram, 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 assistido(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
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	
12/11/10/12/0 Ailla Lancelotti		12/11/10/12/0 Ailla Lancelotti		12/11/10/12/0 Ana Gabriela Bednarek	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

391454
INTERCÂMBIO

4-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940352	7-Data Validade da Sentença 05/11/2012
8-Plano de Beneficiário					
9-Número da Carteira 0020202531691200000102		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JESSICA GRAZIELE FRIEDRICH BEDNAREK		14-Telefone 05/12/2003		15-Nome do titular do plano ANA GABRIELA FRIEDRICH BEDNAREK	
16-Endereço do Contratado / Preenchimento pelo Tratamento					
17-Endereço a RSC N		18-Nome do Profissional Subscritor AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		19-Número no CRO 25374	
20-Código na Convenção / CNPJ / CPF 311177373831		21-Nome do Contratado Exatidão AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		22-Número no CRO 25374	
23-Endereço do Profissional Exatidão AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		24-Número no CRO 25374		25-Data Validade da Carteira 05/11/2012	
26-Plano de Tratamento / Preenchimento pelo Tratamento					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd
1-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
5-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
6-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
7-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
8-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
9-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
10-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
11-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
12-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
13-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
14-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
15-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
16-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
17-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
18-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
19-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
20-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
21-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
22-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
23-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
24-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
25-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
26-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
27-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
28-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
29-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
30-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
31-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
32-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
33-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
34-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
35-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
36-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
37-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
38-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
39-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
40-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
41-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
42-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
43-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
44-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
45-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
46-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
47-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
48-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
49-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
50-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
51-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
52-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
53-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
54-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
55-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
56-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
57-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
58-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
59-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
60-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
61-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
62-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
63-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
64-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
65-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
66-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
67-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
68-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
69-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
70-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
71-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
72-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
73-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
74-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
75-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
76-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
77-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
78-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
79-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
80-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
81-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
82-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
83-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
84-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
85-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
86-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
87-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
88-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
89-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
90-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
91-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
92-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
93-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
94-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
95-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
96-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
97-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0000
98-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0000
99-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0000
100-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0000
43-Data Fim do Tratamento 15/11/2012					
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 14000					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0000					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Subscritor 15/11/2012 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012 Ana Gabriela Friedrich Bednarek					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2012					

[illegible]

ANEXO 406414	5-Dia de Entrada da Guia [1][5]/[1][0]/[2]0]	Data de Autorização [2][8]/[1][1]/[2]0]	6-Senha AUTORIZADO	Admission da Guia Principal 7961608	7-Código do Setor [1][3]/[0][1]/[2]1]	396647 INTERCÂMBIO					
Dados da Recipiente:											
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][0][9][9][7][9][8][0][0][0][1][9][0][1]	9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G R COMERCIO DE METAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	13-Número do Cadastro Nacional de Saúde							
12-Aluno LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA		30/09/1997	14-Telefone ([]) []-[]-[]	15-Issuem do titular do plano LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA							
Módulo de Contrato Responsabilidade pelo Tratamento											
16-Atribuição e PIS N	17-Nome do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		18-Número na CRO 25374	19-LP RS	20-Código CRO B 025 - Faturar Empresa						
21-Código no Conselho / CRM / CPP [3][1][1][7][3][7][3][8][3][1][][]	22-Nome do Correlato Estudante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		23-Momento na CRO 25374	24-LP RS	25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Residente AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI			27-Número na CRO 25374	28-LP RS	29-Código CRO B						
Pavão de Tratamento / Posicionamento Estético											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rotôdo	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação RS	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Medico de Classe 42-Assistente
1-	[0][0][8][4][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			[3][5][0][0]				[1][0][1][2][0]	Y
2-	[0][0][8][4][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			[3][5][0][0]				[1][0][1][2][0]	Y
3-	[0][0][8][4][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			[3][5][0][0]				[1][0][1][2][0]	Y
4-	[0][0][8][4][0][0][1][9][8]	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			[3][5][0][0]				[1][0][1][2][0]	Y
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 RS 48-Total Franquia / Co-participação RS											
[28/11/2012]		[] 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontoterapia 4-Urgência/Emergência		[] 1-Total 2-Parcial		[1][4][0][0][0]		[]		[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), foram realizados(a) 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.											
RG-Observação:											
50-Cada. Inscrit e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [28/11/2012] Ailla Rocha Acosta Lancellotti			51-Cada. Inscrit e Assinatura do Cirurgião-Dentista [28/11/2012] Ailla Rocha Acosta Lancellotti			52-Cada. Inscrit e Assinatura do Beneficiário / Responsável [28/11/2012]			53-Cada. Inscrit e Cambio de Empresa []/[]/[]		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/11/10	3-Data de Autorização 12/11/10	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7999990	6-Data Início da Sessão 12/11/10	7-Data Término da Sessão 12/11/10	8-Valor da Sessão 405995
9-Identificação do Paciente							
10-Número da Carteira 000202509979800001901		11-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Empresa G R COMERCIO DE METAIS LTDA		13-Data de Validade da Carteira 11/11/11	
14-Nome LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA		15-Data de Nascimento 30/09/1997		16-Telefone (11) 1111-1111		17-Nome do Bêbê do plano LARA LOUISE DIAS DA SILVEIRA	
18-Atendimento a RN							
19-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		20-Número do CRO 25374		21-UF RS		22-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111717373738311		24-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		25-Número do CRO 25374		26-UF RS	
27-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		28-Número do CRO 25374		29-UF RS		30-Código CRO S	
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
32-Total	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Fase	37-Ord	38-Quantidade Un	39-Valor
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61100	0000
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61100	0000
3	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61100	0000
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
40-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/10		41-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência		42-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		43-Total Quantidade Un 183100	
44-Valor Total R\$ 0000		45-Total Frangia / Coparticipação R\$ 0000		46-Valor Total R\$ 0000		47-Total Frangia / Coparticipação R\$ 0000	
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.							
48-Observação							
49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti							
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10, Lara Louise Dias da Silveira							
52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11							



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

425369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia (2/3/11/1/1/2/0)	3-Data de Autorização (2/3/11/1/1/2/0)	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50207887	6-Data Validade da Guia (2/1/1/0/2/1/2/1)
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100379994065503900	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706504345162091	
13-Nome LUIZA GRAZZIANI WOLKMER		14-Telefone (11) / /	15-Nome do titular do plano DARCY GERALDO WOLKMER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3/1/1/7/3/7/3/8/3/1)		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Taxa 1-00008100000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Raiz / /	34-Face / /	35-Qtd 3400
36-Quantidade US 000	37-Valor 3400	38-Franquia/Co-participação R\$ 000	39-Aut 000	40-Data de Realização (2/3/11/1/2/0)	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
43-Data Prevista Término do Tratamento (2/3/11/1/2/0)	44-Tipo de Alimentação 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 000	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 ancorar 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 ancorar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante (2/3/11/1/1/2/0) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (2/3/11/1/1/2/0) Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2/3/11/1/1/2/0) Darcy Geraldo Wolkmer					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

424915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 23/11/2011	3-Data de Autorização 23/11/2011	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50207740	6-Data Validade da Guia 23/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010131719191410655039118	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706200530897565	
13-Nome SANDRA BIZARRO GRAZZIANI		14-Data de Nascimento 23/01/1964	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano DARCY GERALDO WOLKMER	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Acadêmico a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		19-Matricula no CRO 25374	20-UF RS	21-Código CRO S 801 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131117173173183111		23-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		24-Matricula no CRO 25374	25-UF RS
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Matricula no CRO 25374		28-UF RS	29-Código CRO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-01018110101010301	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Régua	34-Face	35-Qtd
36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
42-Assinatura					
1-01018110101010301					
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-Código Procedimento Têcnico do Tratamento 23111111201					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tatamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quotização UB 131410101					
47-Valor Total R\$ 111110101					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111					
Declaram, que após ler e estar 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. Declaram, 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 Solicitante 23/11/2011, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2011, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2011, Sandra B. Graziani	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240°

389751
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Sentido AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932891	7-Data Validade da Guia 03/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529629500001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome VALERIA DA LUZ JUSTIN		14-Telefone 24/08/1950	15-Nome de Trabalho do plano VALERIA DA LUZ JUSTIN		
Dados do Contratado Teleson e sua Teleson					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		18-Número na CRO 25374	19-CUF RS	20-Código CRO B 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31117137373831		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número na CRO 25374	24-CUF RS
25-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		26-Número na CRO 25374		27-CUF RS	28-Código CRO B
Plano de Tratamento / Procedimentos Substitutos					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Matrx da Classe 42-Assinatura					
43-Data Fim do Tratamento 29/11/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 3400					
47-Valor Total R\$					
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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitário 29/11/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2012, Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/11/2012, Valeria da Luz Justin					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

406845
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 21/08/11 01/12/10	4-Data de Autorização 21/08/11 01/12/10	5-Gênero AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8003560	7-Data Validade da Guia 21/08/11 01/12/11							
8-Plano POS REDE PRESTADORA												
9-Número da Carteira 0101202152962950000001011												
10-Data de Contratação / Assinatura pelo Titular 24/08/1950												
11-Data Validade da Carteira 11/11/11												
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome VALERIA DA LUZ JUSTIN												
14-Telefone (11) 1111-1111												
15-Nome do titular do plano VALERIA DA LUZ JUSTIN												
16-Atendimento a BN N												
17-Nome do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI												
18-Número no CRO 25374												
19-UF RS												
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa												
21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 311177373738311												
22-Nome do Contratado Exatante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI												
23-Número no CRO 25374												
24-UF RS												
25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Exatante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI												
27-Número no CRO 25374												
28-UF RS												
29-Código CBO S												
30-Plano de Tratamento / Procedimento Substituto												
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	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mulher de Classe	42-Assinatura
1-0101840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	21/08/11	01/12/10	Valeria da Luz Justin
2-0101840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	21/08/11	01/12/10	Valeria da Luz Justin
3-0101840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	21/08/11	01/12/10	Valeria da Luz Justin
4-0101840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	21/08/11	01/12/10	Valeria da Luz Justin
5-0101840000198												
6-0101840000198												
7-0101840000198												
8-0101840000198												
9-0101840000198												
10-0101840000198												
11-0101840000198												
12-0101840000198												
13-0101840000198												
14-0101840000198												
15-0101840000198												
16-0101840000198												
17-0101840000198												
18-0101840000198												
19-0101840000198												
20-0101840000198												
21-0101840000198												
22-0101840000198												
23-0101840000198												
24-0101840000198												
25-0101840000198												
26-0101840000198												
27-0101840000198												
28-0101840000198												
29-0101840000198												
30-0101840000198												
31-0101840000198												
32-0101840000198												
33-0101840000198												
34-0101840000198												
35-0101840000198												
36-0101840000198												
37-0101840000198												
38-0101840000198												
39-0101840000198												
40-0101840000198												
41-0101840000198												
42-0101840000198												
43-0101840000198												
44-0101840000198												
45-0101840000198												
46-0101840000198												
47-0101840000198												
48-0101840000198												
49-0101840000198												
50-0101840000198												
51-0101840000198												
52-0101840000198												
53-0101840000198												
54-0101840000198												
55-0101840000198												
56-0101840000198												
57-0101840000198												
58-0101840000198												
59-0101840000198												
60-0101840000198												
61-0101840000198												
62-0101840000198												
63-0101840000198												
64-0101840000198												
65-0101840000198												
66-0101840000198												
67-0101840000198												
68-0101840000198												
69-0101840000198												
70-0101840000198												
71-0101840000198												
72-0101840000198												
73-0101840000198												
74-0101840000198												
75-0101840000198												
76-0101840000198												
77-0101840000198												
78-0101840000198												
79-0101840000198												
80-0101840000198												
81-0101840000198												
82-0101840000198												
83-0101840000198												
84-0101840000198												
85-0101840000198												
86-0101840000198												
87-0101840000198												
88-0101840000198												
89-0101840000198												
90-0101840000198												
91-0101840000198												
92-0101840000198												
93-0101840000198												
94-0101840000198												
95-0101840000198												
96-0101840000198												
97-0101840000198												
98-0101840000198												
99-0101840000198												
100-0101840000198												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/11 01/12/10 Ailla Lancelotti												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/11 01/12/10 Ailla Lancelotti												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/11 01/12/10 Valeria da Luz Justin												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

OdontoLife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



406852
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Data de Autorização 21/01/2012	5-Sinhe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8003563	7-Data Validade da Guia 21/01/2012
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
10-Data Validade da Carteira / /					
11-Número da Carteira Nacional de Saúde					
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento VALERIA DA LUZ JUSTIN 24/08/1950					
13-Data de Nascimento 24/08/1950					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano VALERIA DA LUZ JUSTIN					
16-Atendimento a R/R N					
17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI					
18-Número no CRO 25374					
19-UF RS					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311177313831					
22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI					
23-Número no CRO 25374					
24-UF RS					
25-Código CBO S					
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI					
27-Número no CRO 25374					
28-UF RS					
29-Código CBO S					
30-Data de Tratamento / Procedimento Substituto					
31-Tabela 1-010181511001916	32-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Rigido 37 V	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 61100
37-Valor 0100	38-Franquia/Co-participação R\$ 0	39-Aut S	40-Data de Realização 19/11/2011	41-Mulher da Classe 42-Assinatura	
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2012					
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 61100					
47-Valor Total R\$ 0100					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que agito 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Grupo/Centro Odontológico 19/11/2011 Ailla Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Grupo/Centro 19/11/2011 Ailla Lancelotti					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2011 Valeria da Luz Justin					
53-Data, local e Assinatura do Grupo/Centro 19/11/2011 Ailla Lancelotti					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



22

424916
INTERCAMBIO

[illegible]