

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



302748
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2013 4-Data de Autorização 11/07/2013 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7488677 7-Data Validade da Sentença 15/10/2016

8-Número da Carteira 01012101215121015101411010101010151011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNICONSULT ADMINISTRADORA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISABELLA CRISTINA LUNELLI 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ISABELLA CRISTINA LUNELLI

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

17-Abandono a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO

21-Código na Operadora / CBO / CPE 0181841819118191516 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0101851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	11	1611010	101010	5111110131120				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/03/2014 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 611010 47-Valor Total R\$ 101010 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/2013 2013 Thayane Canabarro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/2013 2013 Thayane Canabarro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2013 2013 Isabella Lunelli

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N^o

2996661
INTERCÀMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome do titular do piano
EDIVALDO GOMES DA SILVA FILHO

025 -

ES

--	--

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

—

二、

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

—

一一一

一一一

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

三

01	47-Vakor T
----	------------

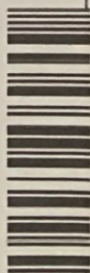
...ome a cumprir as
...ome e por minha

1

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-Nº



295051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 10/3/10 3/12/10 4-Dia de Autorização 17/1/10 3/12/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 745746 7-Dia Validade da Serina 10/1/10 16/12/10

8-Número da Carteira 1002020252020300020210011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 18 11-Dia Validade da Carteira 12/1/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAO VITOR JACQUES BATISTA 22/04/2000 14-Teléfono (148) 13013101511917 15-Nome do titular do plano JOAO VITOR JACQUES BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Sanamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108184819118191561 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 25-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 26-Número no CRO 15265 27-UF SC 28-Código CBO 3

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guosa	42-Assinatura
1-	010	18110101010310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	134,00	0,00	0,00	0,00	10/3/10		João
2-	010	1840101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00	0,00	0,00	10/3/10		João
3-	010	1840101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00	0,00	0,00	10/3/10		João
4-	010	1840101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00	0,00	0,00	10/3/10		João
5-	010	1840101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00	0,00	0,00	10/3/10		João
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 17/03/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Consultório 2-Exams Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11744,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 autor com os custos previstos em contrato. Declaram, 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/03/1020 Thayne Carnevalho 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/03/1020 Thayne Carnevalho 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/03/1020 João 53-Dia, local e Caimho da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/03/2011 4-Data de Autorecepção 13/03/2011 6-Serina AUTORIZADO 8-Número de Guia Principal 7481146 7-Data Validade da Serina 11/03/2011 301238 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0102025290454000001011 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/03/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIZET DIAS DE OLIVEIRA 14-Telefone 14081977 15-Nome do Titular do plano MARIZET DIAS DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CNO 15265 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100218 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10814819118191561 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CNO 15265 24-UF SC 25-Código ONES 26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CNO 15265 28-UF SC 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Bêgão	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-VABR	38-Franquia/Co-participação R\$	39-AUT	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	10815110102118	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DVM	1	122,00	0,00	514710311201	Marizet			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 11/03/2011 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Fractal 46-Total Quantidades US 1122,00 47-VABR Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/2011 THAYANE CARVALHO 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2011 THAYANE CARVALHO 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2011 MARIZET DIAS 53-Data, local e Endereço da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AN



301451
INTERCAMBIO

1-Inscrição ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/03/2013
4-Data de Autorização 17/03/2013
5-Serão AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7482327
7-Data Validade da Guia 11/03/2013

8-Número da Carteira 101021012521019971010121141011
9-Pelo POS REDE PRESTADORA
10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome VALDINO SANTANA SANTOS
23/02/1988
14-Telefone (148) 9665016886
15-Nome do titular do plano VALDINO SANTANA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Adoção do Profissional Solicitante
17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO
18-Número no CRO 15265
19-UF SC
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181841911819516
22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO
23-Número no CRO 15265
24-UF SC
25-Código CNES
26-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO
27-Número no CRO 15265
28-UF SC
29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10101811010101301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	1	34,10,10						
2-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
3-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
4-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
5-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
6-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
7-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
8-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
9-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
10-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
11-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
12-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
13-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
14-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
15-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
16-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
17-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
18-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
19-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
20-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
21-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
22-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
23-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
24-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
25-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
26-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
27-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
28-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
29-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
30-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
31-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
32-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
33-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
34-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
35-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
36-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
37-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
38-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
39-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
40-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
41-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
42-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
43-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
44-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
45-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
46-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
47-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
48-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
49-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
50-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
51-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
52-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
53-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
54-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
55-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
56-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
57-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
58-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
59-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
60-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
61-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
62-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
63-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
64-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
65-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
66-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
67-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
68-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
69-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
70-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
71-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
72-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
73-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
74-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
75-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
76-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
77-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
78-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
79-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
80-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
81-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
82-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
83-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
84-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
85-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
86-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
87-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
88-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
89-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
90-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
91-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
92-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
93-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
94-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
95-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
96-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
97-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
98-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
99-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						
100-1010184101011981		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	1	35,10,10						

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/2013
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 117410101
47-Valor Total R\$ 101010101
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2013/2013/Thayane Carvalho
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2013/2013/Thayane Carvalho
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2013/2013/Valdino
53-Data, local e Endereço da Empresa