

2-N

843419
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

1-101011811010101

[illegible]

1010181513101011

5	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

—

8

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

141

12/18/1977

contrato. Declaro, ainda que o(s) []

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-D

Be a Child, be happy

2. 110



Q

Erweiterter Odontologia Ltd. - MZ



842684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2022 4-Data de Autorização 11/01/2022 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9477157 7-Data Validade da Guia 11/01/2022

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202544884200000101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2022 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANIA ANDREA DE SOUSA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do Plano VANIA ANDREA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora (ONP) / CPF 25070426800 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fator	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	10101000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		18	JAN 2022		
2	1010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		18	JAN 2022		
3	1010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		18	JAN 2022		
4	1010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		18	JAN 2022		
5	1010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		18	JAN 2022		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18 JAN 2022 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 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18 JAN 2022 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18 JAN 2022 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18 JAN 2022 53-Data, local e Carimbo da Empresa 18 JAN 2022

Receber Odontolife 18 JAN 2022 025 10553 7800001-11



835474
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/11/22 4-Data de Autorização 11/10/11/22 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9454301 7-Data Validade da Senha 11/10/14/22 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251050601004302 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/10/11/22 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MATEUS DA CRUZ CARNEIRO

16/10/2003

15-Nome do titular do plano ROSANGELA DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avenimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125070426800 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/JAN/2022		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12/JAN/2022		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12/JAN/2022		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12/JAN/2022		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12/JAN/2022		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data de Atendimento 12/JAN/2022 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 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

Assinatura do Contratado Responsável
CPF: 10.638.276-030-71

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/JAN/2022

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/JAN/2022

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/JAN/2022

53-Data local e Assinatura da Empresa 12/JAN/2022

Assinatura da Empresa



824998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/11 4-Data de Autorização 12/12/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9428931 7-Data Validade da Semeta 12/12/13 8-Data Validade da Guia 12/12/13

824998
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210215426211700000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAMELA BRAZ DE SENA 14-Teléfono 31/03/1993 15-Nome do titular do plano PAMELA BRAZ DE SENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1250704268000 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			44	0	1	1	6 1 1 0 1 0	10 1 0 1 0	14 JAN 2012
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			45	0	1	1	6 1 1 0 1 0	10 1 0 1 0	14 JAN 2012
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6									

43-Data Prevista Tempo do Tratamento 14 JAN 2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 1 2 2 1 0 0 47-Valor Total R\$ 10 1 0 1 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Contratado Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.528.276/0001-71

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14 JAN 2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14 JAN 2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14 JAN 2012 53-Data, local e Cartão da Empresa 14 JAN 2012 54-Data, local e Cartão da Empresa 14 JAN 2012



5
OK

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2021 4-Data de Autorização 11/11/2021 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9452735 7-Data Validade da Semeta 11/11/2021 834962 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025049018500810810011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A 11-Data Validade da Carteira 11/11/2021 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KELLY MARQUES DA SILVA LOPES 06/01/1985 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano KELLY MARQUES DA SILVA LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12507704268100 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,00	0,00	1	15 JAN 2022		
2-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,10	0,00	0,00	1	15 JAN 2022		
3-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	0,00	0,00	1	15 JAN 2022		
4-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	0,00	0,00	1	15 JAN 2022		
5-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,10	0,00	0,00	1	15 JAN 2022		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15 JAN 2022 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 1178,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Assinatura Odonatolife Ltda - ME
CNPJ: 10.538.776/0001-71

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15 JAN 2022 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15 JAN 2022 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15 JAN 2022 53-Data, local e Assinatura da Empresa 15 JAN 2022

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura da Empresa