



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1º

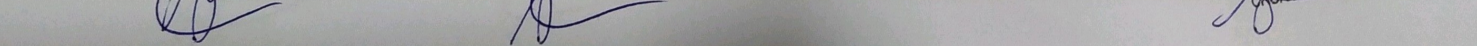
531258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/13/10/14/12/11	4-Data de Autorização 12/16/10/14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8512279	7-Data Validade da Senha 12/22/10/17/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012025373115301010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOÃO MATHEUS ALVES DOS SANTOS		14-Telefone 20/12/1983 () -	15-Nome do titular do plano JOÃO MATHEUS ALVES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 345376811837	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010181101010165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/16/10/14/12/11		
2	01018531010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/16/10/14/12/11		
3	01018531010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/16/10/14/12/11		
4	01018531010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/16/10/14/12/11		
5	01018531010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/16/10/14/12/11		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/16/10/14/12/11		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\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/16/10/14/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 12/16/10/14/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/10/14/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/16/10/14/12/11





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

515074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/15/10/14/12/11	4-Data de Autorização 10/15/10/14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8449657	7-Data Validade da Senha 10/14/10/17/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102102153113817301001010121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome STHEPHANY RHANY GOULART		14-Telefone 20/03/2003	15-Nome do titular do plano VANIA SHEILA DOS SANTOS GOULART		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 345376818371111	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Excutante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101851100119161		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	611,00	0,10	0,10		10/15/10/14/12/11		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/14/12/11	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 611,00	47-Valor Total R\$ 0,10	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(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 Assistente 10/15/10/14/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/15/10/14/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/15/10/14/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/15/10/14/12/11	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/15/10/14/12/11
---------------	---	--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

523932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/14/1211	4-Data de Autorização 23/10/14/1211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8485148	7-Data Validade da Senha 14/10/17/1211
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0102021537012600000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PIETRO KAUE BRANDAO DOS SANTOS SIQUEIR				14-Telefone 02/04/2010	15-Nome do Titular do plano ROSIANE BRANDAO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837		22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA		23-Número no CRO 122642		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642		28-UF SP		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		15/10/14/1211		
2	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		15/10/14/1211		
3	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		15/10/14/1211		
4	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		15/10/14/1211		
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 12/3/10/14/1211	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 / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 / Assistente 12/3/10/14/1211	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/10/14/1211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/10/14/1211	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/10/14/1211
---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

523934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2014	4-Data de Autorização 12/03/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8485151	7-Data Validade da Senha 11/07/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202537012600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAIQUE EDUARDO BRANDAO DOS SANTOS	14-Data 14/05/2007	15-Telefone () - -	16-Nome do Titular do plano ROSIANE BRANDAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 345376811837	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	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
1-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH	1	35,00
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/03/2014					
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 140,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Solicitante 12/03/2014					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/2014					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2014					
53-Data, local e Carimbo de Empresa 12/03/2014					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

523938
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10/14/12/11	4-Data de Autorização 12/31/10/14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8485184	7-Data Validade da Senha 11/04/10/17/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101012012537011216101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome YLAN BRANDAO DOS SANTOS SIQUEIRA		14-Teléfono 19/07/2012	15-Nome do titular do plano ROSIANE BRANDAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 345376811837	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001840001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,51,00	0,0100	12,13/1014/1211		12,13/1014/1211		Rosiane
2-001840001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,51,00	0,0100	12,13/1014/1211		12,13/1014/1211		Rosiane
3-001840001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,51,00	0,0100	12,13/1014/1211		12,13/1014/1211		Rosiane
4-001840001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,51,00	0,0100	12,13/1014/1211		12,13/1014/1211		Rosiane
5-1								12,13/1014/1211				
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 12/31/1014/1211	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 140100	47-Valor Total R\$ 0,0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/31/1014/1211	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/1014/1211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/1014/1211 Rosiane Brandao	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/31/1014/1211
---------------	--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

523943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 14/12/11	4-Data de Autorização 12/3/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8485187	7-Data Validade da Senha 11/05/10 14/12/11
8-Número da Carteira 100202537011260000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSIANE BRANDAO		14-Telefone 03/10/1990	15-Nome do titular do plano ROSIANE BRANDAO		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 134537168118371111		22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Data Previsto Término do Tratamento 12/3/10 14/12/11		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 1144100		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
31-Descrição	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/3/10 14/12/11		Denise
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/3/10 14/12/11		Denise
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/3/10 14/12/11		Denise
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	12/3/10 14/12/11		Denise
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/10 14/12/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/10 14/12/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/10 14/12/11		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/10 14/12/11	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º

524226
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/14/21	4-Data de Autorização 19/10/14/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8486158	7-Data Validade da Senha 14/10/17/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600170801		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ELIANA REJANI FERREIRA DE ARAUJO					
14-Telefone () - / -					
15-Nome do titular do plano ELIANA REJANI FERREIRA DE ARAUJO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		18-Número no CRO 122642	
19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837		22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA		23-Número no CRO 122642	
24-UF SP		25-Código CNES		26-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642		28-UF SP	
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/10/14/21		
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/10/14/21		
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/10/14/21		
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/10/14/21		
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/10/14/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/14/21	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\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 19/10/14/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/14/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/14/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa 19/10/14/21
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

525638
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/21	4-Data de Autorização 12/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8491808	7-Data Validade da Senha 15/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253701260000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILTON DA ROCHA GONCALVES	14-Telefone 29/01/1987	15-Nome do titular do plano ROSIANE BRANDAO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 34537681837	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/04/21		Wilton
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/04/21		Wilton
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/04/21		Wilton
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/04/21		Wilton
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/04/21		Wilton
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/04/21	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\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/21 Wilton	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/21
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

531258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2014	4-Data de Autorização 12/06/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8512279	7-Data Validade da Senha 12/07/2014							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202537315300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOAO MATHEUS ALVES DOS SANTOS		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOAO MATHEUS ALVES DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Excutante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/06/2014		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/06/2014		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/06/2014		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/06/2014		
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/06/2014		
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 12/06/2014		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\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/2014			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2014			53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/06/2014			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

534110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2011	4-Data de Autorização 12/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8522067	7-Data Validade da Senha 12/07/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025105506000170802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ILANA REJANI DE ARAUJO	14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano ELIANA REJANI FERREIRA DE ARAUJO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34537681837	22-Nome do Contratado Existente AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Existente AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	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	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/04/2011		Ilana
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/04/2011		Ilana
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/04/2011		Ilana
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/04/2011		Ilana
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/04/2011		Ilana
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/04/2011	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\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Solicitante) 12/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/04/2011 Ilana Rejani de Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/2011
---	---	--	---

Dra. Amanda Suane da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-SP-122.642