



573758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663500	7-Data Validade da Serião 02/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253846400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome MARCELO RIZZO DE ANDRADE		14-Telefone 05/04/1973	15-Nome do titular do plano MARCELO RIZZO DE ANDRADE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958
25-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		26-UF SP	27-Código CBO S	28-UF SP

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47	1	1	533,00	0,00		S	15/07/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00		S	15/07/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-		112129										
12-		11806										
13-		111753										
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/07/21	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 547,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã-Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17		Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã-Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--



579752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/21	4-Data de Autorização 10/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8683075	7-Data Validade da Senha 08/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202538767000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA DIAS DOS SANTOS		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano PATRICIA DIAS DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-24 (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958		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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	14/07/21		Patricia D.S.
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	14/07/21		Patricia D.S.
3-		NOVEM 100123										
4-		100134										
5-		100148										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/07/21	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 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/07/21 Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista RG-SP 140.958 PF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/21 Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista RG-SP 140.958 PF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/21 Patricia D.S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



589995
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/21	4-Data de Autorização 21/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8717353	7-Data Validade da Senha 17/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600182801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUZETE GOMES DE CARVALHO	14-Telefone (13) 4448-3597	15-Nome do titular do plano SUZETE GOMES DE CARVALHO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400220-46
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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	85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	46		1	299,00	0,00		S	06/07/21		
2-00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	46		1	154,00	0,00		S	08/07/21		
3-00	85400157	COROA TOTAL METALO-	46		1	134,30	0,00		S	09/07/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/07/21	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 1796,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



590389
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/21	4-Data de Autorização 23/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8718437	7-Data Validade da Senha 19/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537621700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL BARBOSA DA SILVA		14-Telefone 29/06/2001	15-Nome do titular do plano FABIO PAREJO MARTIN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400220-12
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS

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	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	12		1	299,00	0,00		S	19/07/21		GABRIEL
2	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	12		1	154,00	0,00		S	20/07/21		GABRIEL
3	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	12		1	472,00	0,00		S	23/07/21		GABRIEL
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	23/07/21		GABRIEL
5												
6		111130										
7		111104										
8		111108										
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/07/21	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 939,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/07/21
CRO-SP 140.958
CPF 076.772.639-17

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/07/21
CRO-SP 140.958
CPF 076.772.639-17

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/07/21
GABRIEL

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /



594226
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/21	4-Data de Autorização 23/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8730508	7-Data Validade da Senha 20/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202538586200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA ABIAZAR DAMASIO PEREIRA	
13-Nome RICARDO DAMASIO PEREIRA 28/03/1978				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-

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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	11		1	73,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	12		1	73,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
4-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	13		1	73,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
6-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	24/06/21		Rosângela
8-		10025										
9-		10009										
10-		105911										
11-		110105										
12-		110124										
13-		110115										
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/06/21	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 334,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17
---------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/21 Rosângela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



594240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/21	4-Data de Autorização 23/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8730603	7-Data Validade da Senha 20/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253858620000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICARDO DAMASIO PEREIRA		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA ABIAZAR DAMASIO PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE

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	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	21	1	73	00	0,00	0,00	S	07/07/21		Rosângela
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	73	00	0,00	0,00	S	07/07/21		Rosângela
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	14	00	0,00	0,00	S	07/07/21		Rosângela
4-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	73	00	0,00	0,00	S	07/07/21		Rosângela
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14	00	0,00	0,00	S	07/07/21		Rosângela
6-												
7-		110025										
8-		110052										
9-		110124										
10-		110134										
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/07/21	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 247,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/21 Rosângela	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------



597720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2011	4-Data de Autorização 25/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742088	7-Data Validade da Senha 23/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538907000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALQUIRIA GOMES CARDOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALQUIRIA GOMES CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00		S	05/07/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCS		1	14,00	0,00		S	05/07/21		
3-												
4-		NUMER: 106305										
5-		164847										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/07/21	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 75,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



597731
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2011	4-Data de Autorização 25/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742131	7-Data Validade da Senha 23/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253890700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALQUIRIA GOMES CARDOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALQUIRIA GOMES CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-

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
1-00185100218		RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODV	1	122,00	0,00		S	05/07/21		
2-00181000421		RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	05/07/21		
3-												
4-		NUM: 105306										
5-		103230										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/07/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 136,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/07/21 Sefor	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-3*



597733
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/21	4-Data de Autorização 25/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742148	7-Data Validade da Senha 23/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202538907000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALQUIRIA GOMES CARDOSO	
13-Nome VALQUIRIA GOMES CARDOSO		09/09/1973		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	21-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMP	1	122,00	0,00		S	13/07/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/07/21		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OP	1	88,00	0,00		S	30/07/21		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	30/07/21		
5-												
6-		NOVEm. 103225										
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Cada Previsão Término do Tratamento 30/07/21	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 285,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 30/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 30/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



597947
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2011	4-Data de Autorização 26/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742837	7-Data Validade da Senha 23/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253875600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANGELINA SILVA PINTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELINA SILVA PINTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	19/07/21		Angelina
2-												
3-		12433										
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/07/21	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista		Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista	
---	--	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/07/21 CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/07/21 CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/07/21 Angelina	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



597961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/21	4-Data de Autorização 26/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742874	7-Data Validade da Senha 23/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538756000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANGELINA SILVA PINTO		14-Telefone 26/10/1997	15-Nome do titular do plano ANGELINA SILVA PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00			19/07/21		Angelina
2-												
3-												
4-		112433										
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/07/21	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 19/07/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/07/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/07/21 Angelina	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



2-HP

597975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2011	4-Data de Autorização 01/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742903	7-Data Validade da Senha 23/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253875600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANGELINA SILVA PINTO		14-Telefone 26/10/1997	15-Nome do titular do plano ANGELINA SILVA PINTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-21
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS

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
1-00185200166		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	258,00	0,00		S	26/07/21		Angelina
2-00181000421		RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00		S	26/07/21		Angelina
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-		112433										
11-		112439										
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/07/21	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 272,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 076.772.639-17	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/07/21 Angelina	53-Data, local e Carimbo da Empresa //
---------------	--	--	---	---	--	---



605895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/21	4-Data de Autorização 02/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8769016	7-Data Validade da Senha 30/09/21
8-Número da Carteira 00202510550600182801			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SUZETE GOMES DE CARVALHO			14-Telefone (11) 3 4448-3597	15-Nome do titular do plano SUZETE GOMES DE CARVALHO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	122,00	0,00		S	20/07/21		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	20/07/21		
3		duvem 084408										
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/21	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 136,00	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 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 20/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 20/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



607035
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/21	4-Data de Autorização 08/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8772640	7-Data Validade da Senha 01/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537621700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL BARBOSA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO PAREJO MARTIN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 076772639-1	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S			
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	30/07/21		603015
3												
4		111202										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/21	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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 076.772.639-1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 076.772.639-1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/21 GABRIEL	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



607042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/21	4-Data de Autorização 12/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8772646	7-Data Validade da Senha 01/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537621700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome GABRIEL BARBOSA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABIO PAREJO MARTIN
-------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 140958	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	88,00	0,00			30/07/21		607042
2-												
3-		11238										
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/07/21	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRD-SP 140.958	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRD-SP 140.958
--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
---	---	---	--



610882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/07/21		4-Data de Autorização / /		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 610882		7-Data Validade da Senha 05/10/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202538586200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ROSANGELA ABIAZAR DAMASIO PEREIRA															
14-Telefone 13/01/1980 () -															
15-Nome do titular do plano ROSANGELA ABIAZAR DAMASIO PEREIRA															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ				18-Número no CRO 140958		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				23-Número no CRO 140958		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ						27-Número no CRO 140958		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-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	07/07/21		<i>[Assinatura]</i>			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento 07/07/21		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 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF-076.772.639-17 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF-076.772.639-17															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/07/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/07/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



621268
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 621268	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253836800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SOLANGE DE JESUS BRITO SOARES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RONALDO JESUS SILVA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/07/21		Solange
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PE 076.772.639-17 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PE 076.772.639-17
---------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/21 Solange	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



618323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/21	4-Data de Autorização 14/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8808747	7-Data Validade da Senha 11/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202538907000000101					
13-Nome VALQUIRIA GOMES CARDOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALQUIRIA GOMES CARDOSO		
		09/09/1973			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 140958	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1		73,00	0,00			16/07/21		<i>[Signature]</i>
2-												
3-		NOME: 103225										
4-		103230										
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/07/21	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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17		Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	
---------------	---	--	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



618463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 618463	7-Data Validade da Senha 11/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601280301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA GILVANI ALENCAR OLIVEIRA		14-Telefone (11) 2286-2430	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano MARIA GILVANI ALENCAR OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/07/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP-140.958	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP-140.958	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	---	---	--



621261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 621261	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025383680000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RONALDO JESUS SILVA		14-Telefone 15/01/1978 () -	15-Nome do titular do plano RONALDO JESUS SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	15/07/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--



621264
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 621264	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253883680000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRAYAN BRITO SILVA		14-Telefone 26/04/2008 () -	15-Nome do titular do plano RONALDO JESUS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	15/07/21		Stange
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 PF 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/21 Stange	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--	--



626090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 626090	7-Data Validade da Senha 18/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253896750000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO FUSCHINI DE ORNELLAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO FUSCHINI DE ORNELLAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/07/21		Rodrigo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã-Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã-Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17
---------------	---	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/21 Rodrigo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



626110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/21	4-Data de Autorização / / /	5-Serha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 626110	7-Data Validade da Serha 18/10/21
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601852401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TALITA PINHEIRO CHAVES ALVES		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano TALITA PINHEIRO CHAVES ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/07/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/21 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/21 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



626580
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 626580	7-Data Validade da Senha 18/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538710200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZABETE SANTOS SANTANA		14-Data de Nascimento 01/10/1980	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ELIZABETE SANTOS SANTANA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKEVICZ		18-Número no CRO 140958	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKEVICZ		23-Número no CRO 140958	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKEVICZ		27-Número no CRO 140958		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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/07/21		<i>Nadine Zvinokievicz</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



640476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 640476	7-Data Validade da Senha 27/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202539553300000101									
13-Nome EMERSON DA SILVA MARCELINO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano EMERSON DA SILVA MARCELINO			
				05/10/1981					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 140958		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 140958		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				27-Número no CRO 140958		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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/07/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/07/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17
---------------	---	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--