



OK

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 11/2/11 4-Data de Autorização 11/6/11 11/2/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9289317 7-Data Validade da Guia 11/11/10 12/11/21 779903 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101202511055060132211011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validação da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA ELENILDA DE SOUZA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MARIA ELENILDA DE SOUZA SILVA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentierRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Carga	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	10,00		S	17 NOV 2021		judy
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	10,00		S	17 NOV 2021		judy
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	10,00		S	17 NOV 2021		judy
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	10,00		S	17 NOV 2021		judy
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	10,00		S	17 NOV 2021		judy
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 17 NOV 2021 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchisa / Co-participação R\$

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17 NOV 2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17 NOV 2021 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17 NOV 2021 53-Data, local e Carimbo da Empresa 17 NOV 2021

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 melhores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Carimbo Odontolife 11/3/11

2-N



792535
INTERCÂMBIO

12-Numero do Cartao Nacional de SaudeADRIANO SANTANA SOARES

17-Nome do Profissional Solicitante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Dr. Emilio Canino

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

amamento Odontológico 2-Exame Radiológico

crito(s) acima, e por mim assinado e a arcar com os custos conforme

2

51-Data, local e Assinatura



761181
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/8/11 01/21 3-Data de Autorização 12/8/11 01/21 4-Seria AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 9231848 6-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025410881000000101 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 12/6/10 11/12/12

13-Nome ADRIANO SANTANA SOARES 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ADRIANO SANTANA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125070426800 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental/Região	34- Face	35- Old	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	26	O	1	61,00	0,00	0,00	10,00	10/NOV/2021		Calvina
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00	0,00	10,00	10/NOV/2021		Calvina
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00	0,00	11,00	11/NOV/2021		Calvina
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista de Término 11/NOV/2021 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 210,00 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

Smiles DT 22 meses no xita

50-Data local e Assinatura do Dentista Solicitante 11/NOV/2021 51-Data local e Assinatura do Contratado Dentista 11/NOV/2021 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/NOV/2021 53-Data local e Carimbo da Empresa 11/NOV/2021

Examinador Odontologia Ltda - ME
 CNPJ: 10.630.769/0001-71

OK

2-N-

761184
INTERCÂMBIO

ünde

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

17

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

11

--	--	--	--	--

HELLO

—

...and the business can be sold to a third party.

12-10-1977

—