



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2011	4-Data de Autorização 10/06/2011	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8553715	7-Data Validade da Semeta 10/03/2011	542366 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 00020253749700000010101	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 ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO
---	------------------------------	---

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25070426800	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-F-ace	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Minuto da Grossa	42-Assinatura
1	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	161,00	0,00	15	28/05/11	18h00	Ana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Assinatura do Atendimento 28/05/11	44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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, honorários referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação
Setor - 488013

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/05/11	51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/11	52-Data e Assinatura do Empregado / Responsável 28/05/11	53-Data e Assinatura do Empregado 28/05/11
--	--	---	---

Setor de Suporte

Embutido Odontológico 18001-11
CNPJ: 10.605.076/0001-11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-MC



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 14/12/11	4-Data de Autorização 10/6/11 05/11/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8534883	7-Data Validade na Sente 12/8/10 17/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

537257
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0101210251374971000000101	9-Tipo 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 ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO	25/03/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome de Faturar do plano ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO	

16-Academismo a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CRO S	21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 250704268000	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES	26-Código CRO S	27-Número no CRO 55391	28-UF SP	29-Código CRO S	30-Valor 80035	31-Fratura/Co-participação R\$ 6/5/21	32-Valor 025	33-Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------	--	-----------------	--------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Descrição Regio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moção da Guia	42-Assinatura
1	10108110000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,10	0,00	6/5/21	S	Ana Caroline R		
2	10108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	0,00	6/5/21	S	Ana Caroline R		
3	10108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,10	0,00	6/5/21	S	Ana Caroline R		
4	10108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	0,00	6/5/21	S	Ana Caroline R		
5	10108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Pessoais do Tratamento 61151121	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\$ 1010,00	48-Total Fratura/Co-participação R\$ 1010,00			
50-Data local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 6/11/11						51-Data local e Assinatura do Contratado Executante 6/11/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Ana Caroline R	53-Data local e Assinatura da Empresa 6/11/11

Solcon - 306838

Emmanuel Odontologia
CPF: 10.636.276/0001-11

850 de S. S. S.

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



542373

INTERCAMBIO

1-Registro ASS 4064 14 3-Data de Emissão da Guia 10/5/10 5/1/2 1 4-Data de Autorização 10/6/10 5/1/2 1 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8553720 7-Data Vencimento da Semeta 10/3/10 8/1/2 1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 4 9 7 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Nome do titular do plano ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO

13-Nome ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO

25/03/1994

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA SOUSA FRANCISCO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 075 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 15 0 7 0 4 1 2 6 8 0 0 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CBO S 26-UF SP 27-Valor Faturar Empresa

30-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente / Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0				13 05 21	Ana
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0				13 05 21	Ana
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0				13 05 21	Ana
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0				13 05 21	Ana
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0				13 05 21	Ana
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Diagnóstico Principal e Secundário 13 05 21 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46-Total Quantidade US 13 0 5 1 0 0 47-Valor Total R\$ 10 1 0 0 48-Valor Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

Sakana - 25/03/08

Embaixador Odontológico 13/05/21
CNPJ: 10663627/0001-71

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 13/05/21 51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 13/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/21 53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/05/21

Stop de Sane