

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 6/12/01	4-Data de Autenticação 10/1/10 7/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7656871	7-Data Validação da Guia 12/1/10 9/12/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

328788
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 53/05/98 000000101021	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 JOSE APARECIDO ALVES DOMINGOS
--

06/10/1964

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS
--

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI
-----------------------	---

18-Número no CRO 120548

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI
--	--

23-Número no CRO 120548

24-UF SP

25-Código CIES

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI
--

27-Número no CRO 120548

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-Módulo da Guia	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	0,00	0,00	0,00	15/02/10 4/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/2/10 4/120

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(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 10/2/10 4/120 CRP SP 120.548 Dra. Giovanna Tini

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/2/10 4/120 CRP SP 120.548 Dra. Giovanna Tini

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/2/10 4/120 X J. Santos

53-Data, local e Caimento da Empresa 11/11/11
--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



331481
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2016 4-Data de Autorização 10/12/2017 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7670537 7-Data Validade da Seria 12/7/2019 8-Data Validade da Seria 12/7/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012012530617700000101012 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ARLENE MARIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810

22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TININI

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TININI

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
1-01018101010165		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	0,00			15/01/2017		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/12/2016 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Atendimento Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2016 Dr.ª Giovanna Tini 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/2016 Dr.ª Giovanna Tini 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/2016 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-SP 120.548

CRO-SP 120.548

Assinatura

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/05/2017 4-Dia de Autorização 10/02/2017 5-Senha AUTORIZADO 7661407 6-Número da Guia Principal 7661407 7-Dia Validade da Senha 12/03/2019 8-Intercâmbio 329735

8-Número da Carteira 1002025288956000000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NATHALY THOME DE CAMPOS 14-Teléfono 14/12/1995 15-Nome do titular do plano MARCIO DE MORAES SANTANA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14424963810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 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-Dia de Realização	41-Matéria da Guia	42-Assinatura
1-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00	510	3/02/2017		Nathaly
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/3/2017 44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 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.

48-Observação: IMAGEM ENVIADA ENVIADA GIOVANNA TINI

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/3/2017/120548 Dr. Giovanna Tini 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/3/2017/120548 Dr. Giovanna Tini 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/3/2017/120548 Nathaly

53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/3/2017/120548 Nathaly

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4.4



1-Registro ANS 406414	3-Data de Encargo da Guia 12/3/10 16/2/01	4-Data de Autorização 13/0/10 16/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7656083	7-Data Validada da Guia 12/1/09 12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

328646
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202529655200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Teléfono () - - - - -
--------------------------------------	------------------------------

11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELIANE SELVINA DIAS	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS
--------------------------------	--

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 01/03/1973

17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CRO S	

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Escala	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/06/10 17/12/01		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/06/10 17/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 S. C. T. N. Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista S. C. T. N. Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548	53-Data, local e Contorno da Empresa
---------------	--	--	--	--------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/2005 4-Data de Autuação 11/12/2005 5-Sereta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7558281 7-Data Validade da Sereta 11/01/08/2005

312615
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025105506011696204 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ARTHUR OLIVEIRA TRAVESSO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA DE OLIVEIRA 16-Atendimento a RNI 17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENTZ DONA 18-Número no CRO 103659 19-UF SP 20-Código CBO 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENTZ DONA 23-Número no CRO 103659 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENTZ DONA 27-Número no CRO 103659 28-UF SP 29-Código CBO 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Omissão

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			10/11/2005	Assistência
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/10/2005 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 Franchisa / 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, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

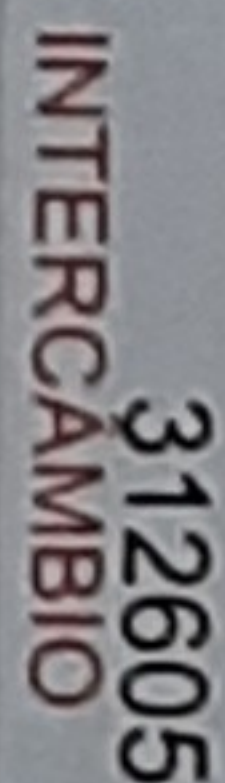
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2005 Karen Groentz Dona 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 09/10/2005 Karen Groentz Dona 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 09/10/2005 Juliana Oliveira 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Karen Groentz Dona
Cirurgião-Dentista
CRO-SP-103659

Karen Groentz Dona
Cirurgião-Dentista
CRO-SP-103659

Juliana Oliveira
Beneficiário Responsável
CRO-SP-103659

47



Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Kulsum Bp

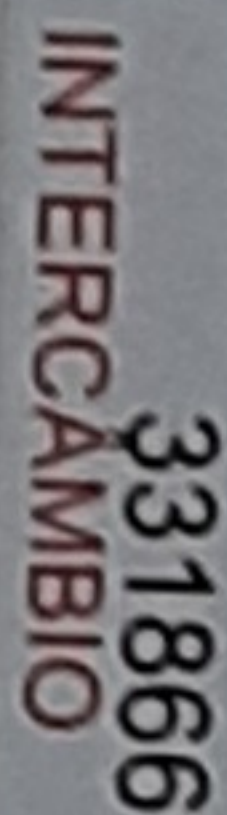
48-Total Franchise / Co-participação R\$ _____

presente e atuar com os cursos pre-

1000

1001

245



63-Direta, local e Curadoria da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



334843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/07/2012 4-Data de Autenticação 13/07/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7685358 7-Data Vencimento da Guia 04/11/2012

8-Número da Carteira 002025306177000000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARMEM DULCE FERREIRA DA SILVA 14-Telefone 30/07/1978 15-Nome do titular do plano LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810 22-Nome do Contratado Exequante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNES 26-UF SP 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 3

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	00	0,00	51	03/12			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/3/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 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(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 este 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 11/3/2012 Dra. Giovanna Tini Cirurg - SP 120.548 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2012 Dra. Giovanna Tini Cirurg - SP 120.548 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/2012 Lucineide da Silva Oliveira 53-Data, local e Carimbo da Empresa



329984
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2010	4-Data de Autorização 10/12/2010	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662642	7-Data Validade da Série 12/13/2019
8-Número da Carteira 10020252889560000001013	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome MAICON ERNESTO SILVA SANTANA	14-Telefone (11) 3160215720	15-Nome do titular do plano MARCIO DE MORAES SANTANA	16-Adesão ao Plano 08/09/2003	17-Data Validade do Plano	
18-Adesão ao Plano N	19-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	20-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14424963810	22-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	23-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI
24-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	25-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	26-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	27-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	28-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	29-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI
30-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	31-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	32-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	33-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	34-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI	35-Adesão ao Plano GIOVANNA FRANCO TINI

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00					
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/09/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 20.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 20.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011 20.548	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dra. Giovanna Tini
Cirurgia - Dentista
CRO - SP 120.548

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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



337015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 17/12/10	4-Data de Autorização 11/06/10 17/12/10	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7695011	7-Data Vencida da Sereta 10/17/11 10/12/10
8-Número da Carteira 00020251055060112319011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11
13-Nome GERSON ESCARABELLO			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GERSON ESCARABELLO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 03/01/1973					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO 3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rajão	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Parâmetro R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/06/10 17/12/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/06/10 17/12/10	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 Frequência / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/10 17/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 17/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10 17/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/10 17/12/10
--	--	--	--

Dra. Giovanna Tini
Cirurgiã - Dentista
CRO - SP 120.548

Dra. Giovanna Tini
Cirurgiã - Dentista
CRO - SP 120.548

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



333417
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2017	4-Data de Autorização 13/10/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7679480	7-Data Validade da Sentença 30/09/2017
8-Número da Carteira 0002025305980000000102	9-Patrimônio 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 JOSE APARECIDO ALVES DOMINGOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS	16-Abandono a RN N	17-Número no CRO 120548	18-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
19-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 06/10/1964	20-Telefone () -	21-Código na Operação / CNPJ / CPF 44249633810	22-Número no CRO 120548	23-Código CNES	
24-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINII	25-Número no CRO 120548	26-Nome do Profissional Examinado GIOVANNA FRANCO TINII	27-Número no CRO 120548	28-Código CBO S	
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	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			07/12/2017		
2	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00					
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/07/2017	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quilates US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/2017 D ^{ra} . GIOVANNA FRANCO TINII Cirurgião 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Examinado 11/07/2017 D ^{ra} . GIOVANNA FRANCO TINII Cirurgião 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2017 D ^{ra} . MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS CRO - SP 120.548	53-Data, local e Cuidado da Empresa 11/11/11
--	--	---	---



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

334835
INTERCAMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



336997
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2017 4-Data de Autenticação 11/06/2017 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7694885 7-Data Validade da Guia 10/07/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202510550601231902 9-Patrimônio POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome CLEIDE RENATA DE OLIVEIRA ESCARABELLO 14-Endereço 03/02/1981 15-Nome do titular do plano GERSON ESCARABELLO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data do Realização	41-Moção da Guia	42-Assinatura
1-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/07/2017	10/07/2017	Cleide
2-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/07/2017	10/07/2017	Cleide
3-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/07/2017	10/07/2017	Cleide
4-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/07/2017	10/07/2017	Cleide
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/07/2017 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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

Assinaturas

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono 11/07/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



326863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/2016

4-Data de Autorização
10/02/2017

6-Senha
AUTORIZADO

8-Número da Guia Principal
7646084

7-Data Validade da Senha
11/09/2017

8-Número da Carteira
1002025298378000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/09/2017

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RAFAEL APARECIDO DE SOUSA

14-Teléfono
()

15-Nome do titular do plano
RAFAEL APARECIDO DE SOUSA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
141424963810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CHES

26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

28-Número no CRO
120548

29-UF
SP

30-Código CBO S

31-Data
31-Código do Procedimento
22-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

32-Data Realizado
36

33-Face
OL

34-Quantidade US
88,00

35-Valor
0,00

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Data de Realização

38-Data de Realização

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Realizado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OL	1	88,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/07/2017

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
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 apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
IMAGEM ENVIADA TINI

50-Data, local e Assinatura
11/07/2017
Dra. Giovanna Dentista

51-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora
11/07/2017
Dra. Giovanna Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/07/2017
Dra. Giovanna Dentista

53-Data, local e Cartão da Empresa

CRO

CRO

CRO



340236
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709793	7-Data Vistada da Senha 14/11/2012
8-Número da Carteira 000202528895600000104			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome MAIARA APARECIDA SILVA SANTANA			14-Telefone () - - - - -		
15-Data do Centralizado Responsável pelo Tratamento 04/04/2014			16-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		
17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI			18-Número no CRO 120548		
19-Código na Operação / CFPJ / CPF 141249633810			20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI			22-Número no CRO 120548		
23-Número no CRO 120548			24-Código CUES Enviar - RX (1) 85100200		
25-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI			26-Código CBO S SP		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Data de Realização	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	00	85100196	52	V	1	61,00	0,00	0,00	12/03/2012	20/04/12		
2	00	85100196	62	V	1	61,00	0,00	0,00	12/03/2012	20/04/12		
3	00	85100196	75	V	1	61,00	0,00	0,00	12/03/2012	20/04/12		
4	00	85100196	85	O	1	61,00	0,00	0,00	12/03/2012	20/04/12		
5	00	85100196	54	OM	1	88,00	0,00	0,00	12/03/2012	20/04/12		
6	00	85100200										
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

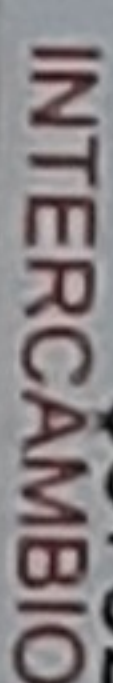
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/07/2012	44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Curativo Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ler e devida e esclarecimento 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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
IMAGEM ENVIADA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/2012
---	---	---	---

240



15000 SP

1000

... a page on...

Affordable Housing

3

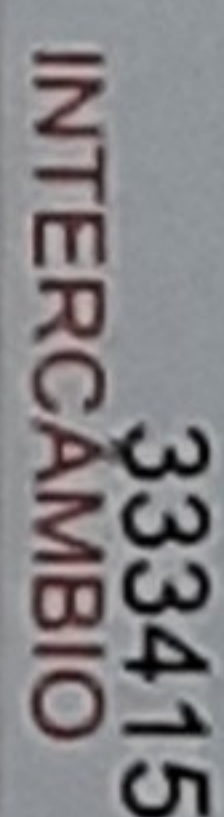
2.º D.º Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/07/2014

CRO-51

CRO-51

242



333415
INTERCAMBIO

1

1001

41. Motivo do Censo 42-44-45

0

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

18-Total Frequency / Co-participação R

dele o arcar com os custos pre-

1000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016 12:01	4-Data de Autenticação 13/01/2016 12:01	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661382	7-Data Validade da Guia 12/03/2019 12:01
8-Número da Carteira 101020252889560000010105			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Nome NATHALY THOME DE CAMPOS			14/12/1995	14-Teléfono (11) 3610215720	15-Nome do titular do plano MARCIO DE MORAES SANTANA
16-Atendimento a RN GIOVANNA FRANCO TINI			17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CBO 120548	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810			22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CBO 120548	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI			27-Número no CBO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			30-UF SP	31-Código CBO S	32-UF SP

30-Tipo de 1-00	31-Código do Procedimento 851100200	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dentista 37	34-UF OL	35-CBO 1	36-Quantidade US 88100	37-Moeda 01000	38-Franchising/Participação R\$ 53191229	39-Moeda R\$	40-Data de Realização 12/01/2016	41-Moeda da Guia R\$	42-Valor 10100
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/01/2017 12:01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franchising / Co-Participação R\$ 10100
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

IMAGEM ENVIADA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Dentista
13/01/2017 12:01 Dr.ª Giovanna Tini
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Assinatura
13/01/2017 12:01 Dr.ª Giovanna Tini
52-Data, local e Assinatura da Empresa
13/01/2017 12:01 Dr.ª Giovanna Tini
53-Data, local e Assinatura da Empresa
13/01/2017 12:01 Dr.ª Giovanna Tini

CR0-SP 120.548

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2014	4-Data de Autorização 12/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7705217	7-Data Validade da Senha 11/12/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

339238
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00020252895600000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
MAIARA APARECIDA SILVA SANTANA

14-Telefone
() - - - - -

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira // /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
MARCIO DE MORAES SANTANA

04/04/2014

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI
--------------------------	---

18-Número no CRO 120548	19-UF SP
----------------------------	-------------

20-Código CBO 5

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4424963810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI
---	--

23-Número no CRO 120548	24-UF SP
----------------------------	-------------

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO 120548	28-UF SP
----------------------------	-------------

29-Código CBO 5

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 Oclus	42-Assinatura
1-0008400090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			11/09/2014		<i>kyo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 72,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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 13/10/2014 Dr. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 13/10/2014 Dr. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2014 Marcio de Moraes Santana	53-Data, local e Cartão da Empresa CRO-SP 120.548
---	--	--	--



333400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 10/12/10 17/12/10	4-Data de Autorização 11/3/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7679391	7-Data Validade da Senha 13/01/10 19/12/10
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530617770000001012	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 ARLENE MARIA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Número no CRO 120548	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-Mat	40-Data de Realização	41-Matéria da Obra	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VM	1	88,00	0,00	0,00	51311012120			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/0121/12/10	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo da Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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

IMAGEM ANULISADA TINI

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/0121/12/10 - Giovanna Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/0121/12/10 - Dr. Giovanna Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/0121/12/10 - Arlene	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	--	--

CRO - SP 420.548

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



333938
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/03/2017 3-Data de Autorização 12/08/2017 4-Data de Autorização 12/08/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7681596 7-Data Vencimento da Guia 10/11/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050601460001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Vencimento da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome GILSON MOREIRA GOMES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GILSON MOREIRA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TININI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 144249633810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TININI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TININI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 3

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Método da Cirurgia	42-Atendimento
1-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	5311/012/2017	12/08/2017	12/08/2017	12/08/2017
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	5311/012/2017	12/08/2017	12/08/2017	12/08/2017
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	5311/012/2017	12/08/2017	12/08/2017	12/08/2017
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	5311/012/2017	12/08/2017	12/08/2017	12/08/2017
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/10/2017 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcel 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Frete/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 13/11/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 53-Data, local e Assinatura da Empresa

1. Giovanna Franco Tinini
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 120.548



Interlocutor para você servir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/05/12/01	4-Data de Autuação 11/4/05/12/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7558044	7-Data Vencimento da Série 11/01/08/12/01
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

312583
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202510550601696205	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome RODOLFO OLIVEIRA TRAVESSO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA DE OLIVEIRA
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENTZ DONA	18-Número no CRO 103659	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22982216850	22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENTZ DONA	23-Número no CRO 103659	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENTZ DONA	27-Número no CRO 103659	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa
1-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	10,00	13,11/02/12/01				Odontológico
2-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	10,00	13,11/02/12/01				Odontológico
3-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	10,00	13,11/02/12/01				Odontológico
4-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	10,00	13,11/02/12/01				Odontológico
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/02/12/01											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 14,00											
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), foram realizados 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 Contratado-Dono 13/11/02/12/01 Karen Groentz Dona	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono 13/11/02/12/01 Karen Groentz Dona	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 13/11/02/12/01 Juliana Aparecida de Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/2/2015 4-Data de Autorização 11/8/2015 5-Serção AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7558395 7-Data Validade da Serção 11/01/2018 312629 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102511055060116962011 9-Prévio POS REDE PRESTADORA

13-Nome JULIANA APARECIDA DE OLIVEIRA 25/09/1982 14-Teléfono () - - - - -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA 18-Número no CRO 103659 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA 23-Número no CRO 103659 24-UF SP 25-Código CNE3

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA 27-Número no CRO 103659 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo da Fraturamento 1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US 1 4 4 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2015 21/12/2015 KAREN GROENITZ DONA 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2015 21/12/2015 KAREN GROENITZ DONA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/11/2015 21/12/2015 Juliana Oliveira 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/07 4-Data de Autorização 13/01/07 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7696345 7-Data Validade da Série 08/11/10 8-Data Validade da Guia 08/11/10 9-Data Validade da Guia 08/11/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251050601696204 9-Pos REDE PRESTADORA

13-Nome ARTHUR OLIVEIRA TRAVESSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RVN 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI

25-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI

19-Número no CRO 120548 23-Número no CRO 120548 24-Número no CRO 120548 25-Código CNEB 26-Código CBO S 27-Número no CRO 120548 28-Código CBO S 29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franguela/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Matéria da Guia	42-Assinatura
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00084000198												
6-00084000198												
7-00084000198												
8-00084000198												
9-00084000198												
10-00084000198												
11-00084000198												
12-00084000198												
13-00084000198												
14-00084000198												
15-00084000198												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/07 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 140,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franguela / Co-participação R\$ 0,00

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

49-Operatório

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/07 120.548 Dr. Arthur Oliveira Traverso 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/07 120.548 Dr. Arthur Oliveira Traverso 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/11/07 120.548 Juliana Aparecida de Oliveira 53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/07 120.548 INTERCAMBIO

Dr. Arthur Oliveira Traverso 120.548 CRO - SP 120.548

