



642009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 7 / 2 1	4-Data de Autorização 0 3 / 0 8 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8882570	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 5 5 3 3 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMERSON DA SILVA MARCELINO		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano EMERSON DA SILVA MARCELINO	

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 0 7 6 7 7 2 6 3 9 1 7	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

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-	0 0 8 5 4 0 0 2 2 0	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	12		1	2 9 9 0 0	0,00		S	19/08/21		
2-	0 0 8 5 4 0 0 0 8 4	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	12		1	1 5 4 0 0	0,00		S	20/08/21		
3-	0 0 8 5 4 0 0 1 1 4	COROA TOTAL EM CERÔMERO	12		1	4 7 2 0 0	0,00		S	24/08/21		
4-												
5-		081809										
6-		181912										
7-		181905										
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/08/21	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 9 2 5 0 0	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 CPF 076.772.639-17
--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



645764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/21	4-Data de Autorização 03/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8894117	7-Data Validade da Senha 01/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

16-Atendimento a RH 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

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	22	MP	1	88,00	0,00		S	27/08/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/21	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 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 no contrato.

49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião 27/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	---	-------------------------------------



587174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/06/21		4-Data de Autorização 19/06/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8707684		7-Data Validade da Senha 15/09/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202538464000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
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															
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 (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 Guia	42-Assinatura			
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	11/08/21					
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	11/08/21					
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/21		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 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



2-Nº

587164
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/06/21		4-Data de Autorização 19/06/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8707639		7-Data Validade da Senha 15/09/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202538464000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
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															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ				18-Número no CRO 140958		19-UF SP		20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917				22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				23-Número no CRO 140958		24-UF SP					
25-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				27-Número no CRO 140958		26-UF SP		28-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPID					
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 de Glosa	42-Assinatura			
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	11/08/21					
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	11/08/21					
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	11/08/21					
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/08/21		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, conforme previsto em contrato.															
49-Observação Dra. Nadine Zvinokievicz 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 11/08/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



585572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/21	4-Data de Autorização 18/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8702408	7-Data Validade da Senha 14/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253750110000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome SUZANA DE ALMEIDA PORTUGAL 12/03/1981		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUZANA DE ALMEIDA PORTUGAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NADINE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 140958	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) 85200158-26
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
1-00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26	1	533	00	0,00		S	17/08/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/08/21	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 533,00	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 Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/21 Suzana	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

628376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/21	4-Data de Autorização 21/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8841535	7-Data Validade da Senha 19/10/21							
Dados do Beneficiário												
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									
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 CHES 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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8800	0,00	0,00	S	21/07/21		Patricia D.S.
2-												
3-												
4-		NUVE m 100 134										
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/07/21		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 8800		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(foi) realizado(s) de acordo com o planejamento 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 21/07/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/21			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/07/21 Patricia D.S.			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

597887
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 8742644	7-Data Validade da Senha 23/09/21
Dados do Beneficiário					
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 08/08/1979	15-Nome do titular do plano PATRICIA DIAS DOS SANTOS		
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-RIS
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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 04/08/21					
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					
Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/21 Patricia D.S.					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



579760
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 8683080	7-Data Validade da Senha 08/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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	

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
1-0082000859		EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	25/08/21		Patricia D.S
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	25/08/21		Patricia D.S
3-												
4-												
5-		200 200										
6-		181327										
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Pregião Término do Tratamento 25/08/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 87,00	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 25/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/08/21 Patricia D.S	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
---	---	--	---



657423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/21		4-Data de Autorização 12/08/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8929900		7-Data Validade da Senha 10/11/21		
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-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		
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		
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	34	OM	1	88,00	0,00		S	24/08/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00		S	24/08/21		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	24/08/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 24/08/21												
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 190,00		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 30-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/21 CPF 076.772.639-1 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/21 CPF 076.772.639-1 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/21 CPF 076.772.639-1 53-Data, local e Carimbo da Empresa												



657437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/21	4-Data de Autorização 12/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8929945	7-Data Validade da Senha 10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025105150601280301		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) 22862430	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 - Faturar Empresa	
21-Código de 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-RII	
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	32	L	1	61,00	0,00		S	17/08/21		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	17/08/21		
3												
4		181117										
5		092850										
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/08/21	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 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------



657439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/21	4-Data de Autorização 12/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8929952	7-Data Validade da Senha 10/11/21
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-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 - 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) 81000421-RPID	
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	45	O	1	6,100	0,00		S	17/08/21		<i>[Assinatura]</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	1,400	0,00		S	17/08/21		<i>[Assinatura]</i>
3-												
4-		092902										
5-		181113										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/08/21	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 7,500	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 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



597860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742532	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/08/21		X
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/08/21		X
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/08/21		X
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/08/21		X
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/08/21	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 144,00	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				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/21 X				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--



619365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/21	4-Data de Autorização 15/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8812038	7-Data Validade da Senha 12/10/21
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		13-01/1980	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	
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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/21		Rosângela Pereira
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/21		Rosângela Pereira
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/21		Rosângela Pereira
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/21		Rosângela Pereira
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/21	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 144,00	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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/08/21	53-Data, local e Campo da Empresa		



597980
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742913	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
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 () -	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-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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/08/21		Angelina
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/08/21		Angelina
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/08/21		Angelina
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			04/08/21		Angelina
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/08/21	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 144,00	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 04/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 04/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/21 - Angelina	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



621872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/07/21		4-Data de Autorização 16/07/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8820185		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 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917				22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				23-Número no CRO 140958		24-UF SP			
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/08/21		Solange	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/08/21		Solange	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/08/21		Solange	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/08/21		Solange	
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/21		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 144,00		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 876.772.639-17				Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 876.772.639-17				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/21 Solange J. B. Soares		53-Data, local e Carimbo da Empresa	



621881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/07/21		4-Data de Autorização 16/07/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8820231		7-Data Validade da Senha 13/10/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202538836800000101				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 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917				22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ				23-Número no CRO 140958		24-UF SP					
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/08/21					
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/08/21					
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/08/21					
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	12/08/21					
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/21		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 144,00		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 12/08/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



662173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/08/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 662173	7-Data Validade da Senha 14/11/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601208202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RYAN IGBENEDIEON EUGENIO AMODIO		14-Telefone 03/07/2000 (14) 32432375	15-Nome do titular do plano CRISLEINE EUGENIO	

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	16/08/21		Ryan
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/08/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 16/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 16/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/21 Ryan	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



623529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/07/21	4-Data de Autorização 17/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8825695	7-Data Validade da Senha 15/10/21
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 - 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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/08/21		Slonge
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/08/21		Slonge
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/08/21		Slonge
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00		S	12/08/21		Slonge
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/21	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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Grupo-Dentista Solicitante 12/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/21 Slonge J.B. Scan	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--	--



648986
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 648986	7-Data Validade da Senha 03/11/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536263300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDLUCIO SANTOS SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDLUCIO SANTOS SOUZA	

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	05/08/21		<i>Edlucio</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/08/21	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 976.772.639-17	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 976.772.639-17
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



648969
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 648969	7-Data Validade da Senha 03/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253626330000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUTH MARCIA DE OLIVEIRA		14-Telefone 16/12/1965	15-Nome do Titular do plano EDLUCIO SANTOS SOUZA		
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 076772639	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	05/08/21		Ruth Marcia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/08/21	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 CR0-SP 140.958 PF 076.772.639-11	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CR0-SP 140.958 PF 076.772.639-11
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



597800
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 8742346	7-Data Validade da Senha 23/09/2011
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 09/09/1973 () -	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-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	26	OPD	1	122,00	0,00		S	10/08/21		<i>[assinatura]</i>
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	10/08/21		<i>[assinatura]</i>
3		220047										
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/08/21	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 apresentador, 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------



651863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/21	4-Data de Autorização 09/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8912891	7-Data Validade da Senha 07/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI. COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202538710200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIZABETE SANTOS SANTANA	
13-Nome ELIZABETE SANTOS SANTANA		14-Data de Nascimento 01/10/1980		

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) 85100200
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) 81000421-RPIE
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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	24/08/21		Elizabete
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	24/08/21		Elizabete
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	24/08/21		Elizabete
4		182400										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/08/21	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 163,00	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 24/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 24/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------

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



651886
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/08/21		4-Data de Autorização 09/08/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8912991		7-Data Validade da Senha 07/11/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202538710200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ELIZABETE SANTOS SANTANA												
14-Telefone 01/10/1980 () -												
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 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) 85100218		
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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODV	1	12200	0,00		S	17/08/21		Elizabete Santos Santana
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6100	0,00		S	17/08/21		Elizabete Santos Santana
3-												
4-		182409										
5-		182335										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/08/21												
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 18300												
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 Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 17/08/21												
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/21 Elizabete Santos Santana												
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 17/08/21												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												



651883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/21	4-Data de Autorização 09/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8912987	7-Data Validade da Senha 07/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253871020000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZABETE SANTOS SANTANA		14-Telefone () -	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 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-RPID
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	45	O	1	61,00	0,00		S	17/08/21		Original
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	17/08/21		Original
3												
4		182342										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/08/21	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(for) 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 17/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/21	52-Data, local e Assinatura do Responsável 17/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	--	-------------------------------------



627456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/21	4-Data de Autorização 21/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8838700	7-Data Validade da Senha 19/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538710200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIZABETE SANTOS SANTANA		14-Telefone () -	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 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) 85200158-47 (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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		S	05/08/21		Thaísle
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	05/08/21		Thaísle
3-												
4-		182409										
5-		182335										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/08/21	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 CPF 076.772.639-17			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		
05/08/21	05/08/21	05/08/21			



2-11

660725
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/21	4-Data de Autorização 14/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8939307	7-Data Validade da Senha 12/11/21
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 076772639-1
22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-RPIE	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	35	O	1	61,00	0,00		S	20/08/21		Rosângela Peres
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	20/08/21		Rosângela Peres
3												
4												
5												
6		120630										
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/21	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 apresentador, 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 CPF 076.772.639-1 20/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-1 20/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/21 - Rosângela Peres	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



619357
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/07/21		4-Data de Autorização 15/07/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8811985		7-Data Validade da Senha 12/10/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020253858620000101				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 () / /		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			
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ						27-Número no CRO 140958		28-UF SP		29-Código CBO S (I) 85100200 (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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODL	1	122,00	0,00		S	06/08/21		Rosângela	
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MO	1	88,00	0,00		S	06/08/21		Rosângela	
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/08/21		Rosângela	
4													
5		220636											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento 06/08/21		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 224,00		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 Contratado 06/08/21						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 06/08/21							
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/21 Rosângela						53-Data, local e Carimbo da Empresa							



653622
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/21	4-Data de Autorização 10/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8918277	7-Data Validade da Senha 08/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 13/01/1980			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA ABIAZAR DAMASIO PEREIRA	

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	38	O	1	61,00	0,00		S	06/08/21		<i>Rosangela</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/08/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonte 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 06/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/08/21 Rosangela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--



597972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/97	4-Data de Autorização 26/10/97	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742878	7-Data Validade da Senha 23/10/97
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 (I) 81000421-	Enviar - RX
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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0,00		S	09/08/21		Angelina
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00		S	09/08/21		Angelina
3												
4		12445										
5		080821										
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/08/21	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 87,00	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 09/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/21 Angelina	53-Data, local e Carimbo da Empresa		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



621863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8820176	7-Data Validade da Serha 13/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538836800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263911	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-RPIE
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	35	O	1	6,100	0,00		S	26/10/2011		Solange
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1,400	0,00		S	26/10/2011		Solange
3-												
4-		182906										
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7,500	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 076.772.639-11	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2011 Solange J.B. Kay	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



659227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935243	7-Data Validade da Serha 11/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 002025383680000103									
13-Nome SOLANGE DE JESUS BRITO SOARES				14-Telefone 20/04/1982		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 - 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) 81000421-	
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	36	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		Solange
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		Solange
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/08/21		Solange
4-												
5-		482934										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/21	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 26/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/21 Solange J.B. Soares		52-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--



621851
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/21	4-Data de Autorização 16/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8820131	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538836800000103	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 20/04/1982		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RONALDO JESUS SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 (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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00		S	19/08/21		Solange
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	19/08/21		Solange
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	19/08/21		Solange
4-												
5-		182843										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/08/21	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 163,00	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 19/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/21 Solange J.B. Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



659172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/08/21		4-Data de Autorização 13/08/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8935071		7-Data Validade da Senha 11/11/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020253883680000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
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	
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 de Glosa
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			19/08/21	
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			19/08/21	
3-											
4-		DB3106									
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 19/08/21		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 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 19/08/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	



607041
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/21	4-Data de Autorização 10/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8772643	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 (1) 85100200	Enviar - RX
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	27	OV	1	88,00	0,00			13/08/21		GAZMEL
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/08/21	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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável 13/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável 13/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21 FABIO PAREJO MARTIN	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--



597829
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 8742450	7-Data Validade da Senha 23/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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
13-Nome VALQUIRIA GOMES CARDOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALQUIRIA GOMES CARDOSO		

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) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263917		22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	26-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	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
1-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OVM	1	122,00	0,00		S	26/08/21		
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	26/08/21		
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/08/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/21	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 224,00	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 26/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/21	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



659137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8934957	7-Data Validade da Senha 11/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 - 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 (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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	19/08/21		Silange
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	19/08/21		Silange
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	19/08/21		Silange
4-												
5-		182821										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/08/21	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 163,00	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-Caixa, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/21 Silange J. B. Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



659128
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8934937	7-Data Validade da Senha 11/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538836800000102	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 - 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	16	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	26/08/21		
4		121915										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1º 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

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 Solicitante
26/08/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
26/08/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/08/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /



660718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/21	4-Data de Autorização 14/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8939300	7-Data Validade da Senha 12/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253858620000101	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 - 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 (II) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200 (II) 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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00		S	27/08/21		Rosângela Per
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	27/08/21		Rosângela Per
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	27/08/21		Rosângela Per
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	27/08/21		Rosângela Per
5-		182604										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/21	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 204,00	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 / Responsável Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 27/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dra. Nadine Zvinokievicz CRO-SP 140.958 27/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/21 Rosângela Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



659162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935063	7-Data Validade da Senha 11/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538836800000101	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 - 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) 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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	M	1	61,00	0,00		S	19/08/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	19/08/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	19/08/21		
4-												
5-		183038										
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/08/21	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(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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------



2-16

597737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 25/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742150	7-Data Validade da Senha 23/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 09/09/1973	15-Nome do titular do plano VALQUIRIA GOMES CARDOSO		

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) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 140958		28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-RPSE	

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	24	OVD	1	122,00	0,00		S	10/08/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	10/08/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/21	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(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 076.772.638-17	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------



660728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/21	4-Data de Autorização 14/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8939315	7-Data Validade da Senha 12/11/21
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0020253858620000101	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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07677263914	22-Nome do Contratado Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 140958	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RPID
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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	S		20/08/21		Rosângela Pereira
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00	S		20/08/21		Rosângela Pereira
3-												
4-		182554										
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/08/21	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 20/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/21 Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/21 Rosângela Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

660725
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/21	4-Data de Autorização 14/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8939307	7-Data Validade da Senha 12/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253858620000101	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 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 (1) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante NADINE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 140958	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-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	35	O	1	61,00	0,00		S	20/08/21		Rosângela Pereira
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	20/08/21		Rosângela Pereira
3												
4												
5												
6		120630										
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/21	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

Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-1	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-1
--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião 20/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/21 Rosângela Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------