



297963
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2013	4-Data de Autorização 18/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7463666	7-Data Validade da Senha 07/06/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507682500048701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACEVEDO DALL AGNOL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANSELMO NOGUEIRA SPIERING		14-Telefone () 84119-1869	15-Nome do titular do plano ANSELMO NOGUEIRA SPIERING		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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			09/03/2013		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			09/03/2013		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			09/03/2013		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			09/03/2013		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/03/2013		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2013	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10476
---	---	---	---	---



307203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/20	4-Data de Autorização 22/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7518322	7-Data Validade da Senha 19/07/20										
Dados do Beneficiário:															
8-Número da Carteira 00202529738900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ARTUR FRANCESCO SILVEIRA DA CUNHA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DOMINGOS DA CONCEICAO HURTADO JUNIOR												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (f) 85100200										
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	(f) 85100200										
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 Ocorre	42-Assinatura			
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			20/04/20		Artur			
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			20/04/20		Artur			
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			20/04/20		Artur			
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			20/04/20		Artur			
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/04/20		Artur			
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00			20/04/20		Artur			
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DM	1	88,00	0,00			20/04/20		Artur			
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento / /						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 350,00		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 20/04/20															
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/20															
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/20															
53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/20															

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.475

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



296014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/20	4-Data de Autorização 05/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7451619	7-Data Validade da Senha 02/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529186000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNO VERZA BARROSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNO VERZA BARROSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/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	05/03/20		Bruno
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	05/03/20		Bruno
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD		1	35,00	0,00		S	05/03/20		Bruno
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	05/03/20		Bruno
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/03/20		Bruno
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	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 Solicitante 05/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/20 Bruno Verza Barroso	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/20	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO-SC 10.476
---	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



307049
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/04/20	4-Data de Autorização 17/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161431	7-Data Validade da Senha 16/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002834625389	
8-Número da Carteira 00370000030793095		13-Nome GILVANE DE FATIMA SAURIN MONTE		14-Telefone 09/06/1969		15-Nome do titular do plano NILTON PANI DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476		19-UF SC		20-Código CBO S 10		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		23-Número no CRO 10476		24-UF SC		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476		28-UF SC		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/04/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	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 17/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/04/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/04/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.475

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



307066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2014	4-Data de Autorização 20/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517470	7-Data Validade da Senha 16/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202529149100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISELE SCHNEIDER FERNANDES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GISELE SCHNEIDER FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/10/2014		SR
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2014
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



307410
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 20/04/20		4-Data de Autorização 27/04/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7519798		7-Data Validade da Senha 19/07/20		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202529149100000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome GISELE SCHNEIDER FERNANDES						14-Telefone 08/03/1982		15-Nome do titular do plano GISELE SCHNEIDER FERNANDES				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA				18-Número no CRO 10476		19-UF SC		20-Código CBO S 10		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965				22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		23-Número no CRO 10476		24-UF SC		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO						27-Número no CRO 10476		28-UF SC		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	73,00	0,00			20/04/20		GSP
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação Favor anexar RX inicial e final para produção.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/20		Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago



298084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7464213	7-Data Validade da Senha 07/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 5	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520199200009902					

13-Nome INGRID COSTA PEREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TIAGO SILVEIRA
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO 8 10	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNEB
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO 8
--	---------------------------	-------------	-----------------

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		S	09/03/2012		Ingrid C.
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/03/2012		Ingrid C.
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/03/2012		Ingrid C.
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/03/2012		Ingrid C.
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/03/2012		Ingrid C.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 174,00	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 09/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012 Ingrid Costa Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2012	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista
---	---	--	---	---



297949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/20	4-Data de Autorização 13/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7463581	7-Data Validade da Senha 07/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 5		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520199200032301		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome JAQUELINE FLAUZINA DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JAQUELINE FLAUZINA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 10476		19-UF SC	20-Código CBO B 10	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	23-Número no CRO 10476		24-UF SC	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		26-UF SC		
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476		28-UF SC	29-Código CBO B	

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			16/03/20		Jaqueline
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/03/20		Jaqueline
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/03/20		Jaqueline
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			16/03/20		Jaqueline
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/03/20		Jaqueline
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	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 16/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



307618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2014	4-Data de Autorização 22/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7520876	7-Data Validade da Senha 21/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520199200032301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 5	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAQUELINE FLAUZINA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAQUELINE FLAUZINA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00			21/10/2014		Jaqueline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

Favor anexar Rx inicial e final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2014
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

306155
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2002	4-Data de Autorização 13/10/2002	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156692	7-Data Validade da Senha 12/10/2002
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 00370000030793109		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706802799056624
13-Nome LAURA MONTEIRO DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NILTON PANI DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476
18-Número no CRO 10476	19-UF SC
20-Código CBO S 10	24-UF SC
25-Código CNES	28-UF SC
29-Código CBO S	

801 -
Faturar Empresa

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/04/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/04/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/04/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			30/04/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/04/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	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 30/10/2002	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2002	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2002	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2002
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



307427
INTERCÂMBIO

2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2014	4-Data de Autorização 22/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7520675	7-Data Validade da Senha 20/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525380300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DO CARMOS GEREMIAS DOS SANTOS			14-Telefone (148) 33642413	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMOS GEREMIAS DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO B 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO B			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			21/10/2014		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00			21/10/2014		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	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 21/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2014
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



307050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/04/20	4-Data de Autorização 20/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517390	7-Data Validade da Senha 16/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0020252538030000101	13-Nome MARIA DO CARMOS GEREMIAS DOS SANTOS	14-Telefone (48) 3364-2413	15-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMOS GEREMIAS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/04/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/04/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/04/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/04/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



298060
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/2011	4-Data de Autorização 12/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7464117	7-Data Validade da Senha 07/06/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202520199200009903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 5	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARIA LUIZA SILVEIRA		14-Telefone 09/05/2011	15-Nome do titular do plano TIAGO SILVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa							
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNEB								
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			09/03/2011		Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
2-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/03/2011		Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 106,00		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 Solicitante 09/03/2011			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/2011			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/2011			53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011			

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

296129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2013	4-Data de Autorização 01/05/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7452113	7-Data Validade da Senha 01/06/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529186000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARISETE VERZA		14-Telefone () - -		15-Nome do titular do plano BRUNO VERZA BARROSO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		23-Número no CRO 10476	24-UF SC
25-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476		28-UF SC	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		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 174,00		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 01/05/2013		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/05/2013		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/05/2013	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



307048
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/04/20	4-Data de Autorização 17/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161430	7-Data Validade da Senha 16/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000030793087		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708500321635073
13-Nome NILTON PANI DE OLIVEIRA		14-Telefone 26/11/1965	15-Nome do titular do plano NILTON PANI DE OLIVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/04/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			18/04/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			18/04/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			18/04/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			18/04/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	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 18/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/04/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/04/20	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
---	---	---	---	--



307426
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/04/12/0	4-Data de Autorização 12/11/04/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7520671	7-Data Validade da Senha 12/01/07/12/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202525380300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODNEI DOS SANTOS		14-Telefone 11/04/1959 (148) 3364-2413	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO GEREMIAS DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/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	34	V	1	61,00	0,00		S	21/04/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VM	1	88,00	0,00		S	21/04/20		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VO	1	88,00	0,00		S	21/04/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 237,00	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 12/11/04/12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/04/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/14/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/14/12/0 Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

307232
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/20	4-Data de Autorização 20/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7518454	7-Data Validade da Senha 19/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529149100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SADI DOS SANTOS FERNANDES		14-Telefone 01/11/1974	15-Nome do titular do plano GISELE SCHNEIDER FERNANDES		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	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			21/04/20		Sadi
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			21/04/20		Sadi
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			21/04/20		Sadi
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			21/04/20		Sadi
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			21/04/20		Sadi
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 UB 174,00	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 Solicitante 21/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/04/20 - Sadi	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/04/20	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
---	---	--	---	--



307428
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7520687	7-Data Validade da Senha 20/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário:

8-Número de Carteira 00202529149100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SADI DOS SANTOS FERNANDES		14-Telefone 011/1974	15-Nome do titular do plano GISELE SCHNEIDER FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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	44	V	1	61,00	0,00		S	21/04/2012		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	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 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2012
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



295264
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2013	4-Data de Autorização 04/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7447228	7-Data Validade da Senha 01/06/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202528386500017901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa OLIST SERVICOS DIGITAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TAIRA DANIELA RODRIGUEZ ALMEIDA	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 13/07/1987	16-Data Validade da Carteira / /	17-Nome do titular do plano TAIRA DANIELA RODRIGUEZ ALMEIDA
--	----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA	20-Número no CRO 10476	21-UF SC	22-Código CBO S 10	23-025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------------

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	25-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	26-Número no CRO 10476	27-UF SC	28-Código CNES	29-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

30-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	31-Número no CRO 10476	32-UF SC	33-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/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	HASE		1	35,00	0,00		S	04/03/2014		ful
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/03/2014		ful
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/03/2014		ful
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/03/2014		ful
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/03/2014		ful
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 174,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/10/2013
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



307066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 20/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517470	7-Data Validade da Senha 16/07/2012
8-Número da Carteira 00202529149100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISELE SCHNEIDER FERNANDES			14-Telefone 08/03/1982	15-Nome do titular do plano GISELE SCHNEIDER FERNANDES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965		22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO			27-Número no CRO 10476	28-UF SC	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/10/2012		GP
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2012
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ºº



307663
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7521139	7-Data Validade da Senha 22/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025296268000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA CABRAL RAMPA		14-Telefone 07/04/1982	15-Nome do titular do plano VANESSA CABRAL RAMPA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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	45	VM	1	88,00	0,00			22/10/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			22/10/2012		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			22/10/2012		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			22/10/2012		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			22/10/2012		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			22/10/2012		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 393,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2012
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476



307647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7521027	7-Data Validade da Serinha 21/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252977460000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WELINGTON MESSIAS DE SOUZA		14-Telefone 15/09/1982	15-Nome do titular do plano ELIAS SABINO DA FONSECA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA SANTA TERESINHA	18-Número no CRO 10476	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPP 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476	28-UF SC	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	22/10/2012		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/2012		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	22/10/2012		
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 174,00	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 12/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2012	Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago Implantodontista CRO - SC 10.476
---------------	---	---	---	---	--