

2-N

49-Observação

~~Mayara Lima S.
Cirurgia-Dentista
CRO-DF 10.308~~

~~Smiles Clínica Odontológica LTDA~~
~~CNPJ: 27.151.656/0001-15~~

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



395759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2014	4-Data de Autorização 11/11/2014	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198917	7-Data Validade da Série 11/12/2014
8-Número da Carteira 1010379191940632789117			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome MARIA CLARA CRUZ MACHARUTTO			14-Telefone () - - - - -		
15-Atendimento a RN N			16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA			18-Número no CRO 10308		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103277269116			22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS		
25-Nome do Profissional Executante MAYARA LIMA SANTOS			27-Número no CRO 10308		
28-UF DF			29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			31-Código do Procedimento		

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
2-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	84	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
3-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	74	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
4-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
5-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	55	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
6-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	54	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
7-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	65	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
8-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	64	1	1	4,9,10,0	0,0,0,0	14/10/2014	14/10/2014	14/10/2014		
9-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										
10-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										
11-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										
12-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										
13-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										
14-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										
15-10	084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE										

43-Data Prevista Término do Tratamento 14/12/2014	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 139,2,0,0	47-Valor Total R\$ 139,20	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-------------------------------------	------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/11/2014 CRO-DF-10.308	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/11/2014 CRO-DF-10.308	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2014 CRO-DF-10.308	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/11/2014 CRO-DF-10.308
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



terquidados para você sorrir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918979	7-Data Vencimento da Série 12/9/2020	386308 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025317278010101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

LUIZ FILIPE ROCHA FALCAO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ FILIPE ROCHA FALCAO
--------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 10308	19-UF DF	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

103277269116	22-Nome do Contratado Executante MAYARA LIMA SANTOS	23-Número no CRO 10308	24-UF DF	25-Código CNES
--------------	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

MAYARA LIMA SANTOS	27-Número no CRO 10308	28-UF DF	29-Código CBO S
--------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Tipo 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 Causa	42-Assinatura
1-0	0	810100310			1	34,00	0,00			10/10/20		
2-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
3-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
4-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
5-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
6-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
7-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
8-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
9-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
10-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
11-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
12-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
13-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
14-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		
15-0	0	840001981			1	35,00	0,00			10/10/20		

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/10/20	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\$ 1,11
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 Chirurgião 02/11/2019 Mayara Lima Santos CRO-DF 10.308	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião 02/11/2019 Mayara Lima Santos CRO-DF 10.308	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2019 Luiz Felipe Rocha Falcao CRO-DF 10.308	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2019 Smiles Clínica Odontológica LTDA CNPJ 07.158.555/0001-15
--	---	--	--

2-4

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s) 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 02/11/2020 Cirurgião-Dentista
 CRO-D/10.308

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 02/11/2020 Cirurgião-Dentista
 CRO-D/10.308

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 02/11/2020 *xyquid de parafarmacia*

53-Dia, local e Carrinho da Empresa
 02/11/2020

Simões Clínica Odontológica LTDA
 CNPJ: 15.155.000/15



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



Benefícios para você e seu

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2010	4-Data de Autorização 02/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929089	7-Data Validação da Guia 13/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Endereço do beneficiário

8-Número da Carteira 01012025243499000001031	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 388700 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome SAMUEL DOS SANTOS VICTOR MOREIRA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome de titular do plano NEIDE DOS SANTOS MOREIRA
---	------------------------------	---

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA	18-Número no CRO 10308	19-UF DF	20-Código CBO S 05	21-Data Validação da Guia 05/09/2002	22-Valor 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--------------------------------------

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 103277269116	22-Nome do Contratado Excedente MAYARA LIMA SANTOS	23-Número no CRO 10308	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100218
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Excedente MAYARA LIMA SANTOS	27-Número no CRO 10308	28-UF DF	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Forma de Tratamento: 1-Preventivo 2-Preventivo e Sanitário 3-Sanitário

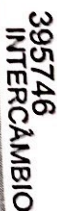
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	2	1	8				
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2010	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 183,00	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 02/11/2010 Cirurgião-Dentista CRO-DF 10.308	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2010 Cirurgião-Dentista CRO-DF 10.308	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2010 xiquel de padua souza CRO-DF 10.308	53-Data, local e Canto da Empresa 02/11/2010 Smiles Clínica Odontológica LTDA CNPJ 07.550.000/15
---	---	--	---



biológica LDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



388127
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/12/10 2-Data de Autorização 11/11/10 3-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7926898 7-Data Validade da Guia 13/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102102152434990000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SAMUEL DOS SANTOS VICTOR MOREIRA

14-Telefone () 05/09/2002

15-Nome do titular do plano NEIDE DOS SANTOS MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante SMILES CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA

18-Número no CRO 10308 19-UF DF

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10308 22-Nome do Contratado Excedente MAYARA LIMA SANTOS

23-Número no CRO 10308 24-UF DF

25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 10308

28-Nome do Profissional Excedente MAYARA LIMA SANTOS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Conta	42-Assinatura
1-01018101001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				11	134,00	10,00	10,00	11/11/10	20/10/20		
2-01018140001090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR				11	72,00	10,00	10,00	11/11/10	20/10/20		
3-01018140001098	PROFILAXIA: POLIMENTO				11	35,00	10,00	10,00	11/11/10	20/10/20		
4-01018140001098	PROFILAXIA: POLIMENTO				11	35,00	10,00	10,00	11/11/10	20/10/20		
5-01018140001098	PROFILAXIA: POLIMENTO				11	35,00	10,00	10,00	11/11/10	20/10/20		
6-01018140001098	PROFILAXIA: POLIMENTO				11	35,00	10,00	10,00	11/11/10	20/10/20		
7-01018140001098												
8-01018140001098												
9-01018140001098												
10-01018140001098												
11-01018140001098												
12-01018140001098												
13-01018140001098												
14-01018140001098												
15-01018140001098												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 11/11/2010

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

45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 246,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 24/11/2010, Dr. Mayara Lima Santos, CRM 10.308
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/11/10, Dr. Mayara Lima Santos, CRM 10.308
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/11/10, Fátima, CRM 10.308
53-Data, local e Cessão da Empresa: 11/11/10, Smiles Clínica Odontológica, CRM 10.308