



305534
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/07/2014 3-Data de Autorização 13/10/2014 4-Data de Autorização 13/10/2014 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7504778 7-Data Validade da Guia 06/10/2014

Diretor do Atendimento

8-Número da Carteira

10/02/02/52/96/47/40/00/00/10/11

9-Frango POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome TATIANA INACIO DA SILVA

21/10/1988

14-Telefone

15-Nome do titular do plano TATIANA INACIO DA SILVA

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante N KAREN GROENITZ DONA

18-Número no CRO 103659

19-UF SP

20-Código CBO 5

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF

22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA

23-Número no CRO 103659

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA

27-Número no CRO 103659

28-UF SP

29-Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rancho	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aus	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	5,12	14/09/2011	2011		X fatura
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	5,12	14/09/2011	2011		X fatura
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	5,12	14/09/2011	2011		X fatura
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	5,12	14/09/2011	2011		X fatura
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2011

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Karen Groenitz Doná

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Karen Groenitz Doná

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011 X fatura

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-SP - 103659

CRO-SP - 103659



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/2014 4-Data de Autenticação 11/03/2014 5-Seria AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 7504128 7-Data Validade da Seria 10/06/2017 8-Numero da Guia 305443

INTERCAMBIO

9-Numero da Carteira 1002025110550600442101 10-Primo POS REDE PRESTADORA 11-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 12-Data Validade da Carteira 13-Numero da Carteira Nacional da Saúde

13-Nome ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ 14-Telefone 20/06/1965 15-Nome do titular do plano ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ

16-Atendimento a RNI 17-Nome do Profissional Substituto KAREN GROENITZ DONA 18-Numero no CRO 103659 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121982216850 22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA 23-Numero no CRO 103659 24-UF SP 25-Código CNE 5 Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA 27-Numero no CRO 103659 28-UF SP 29-Código CBO 5

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00	0,00	512310141210			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

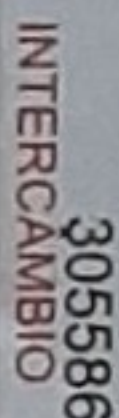
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/31/014/120 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncologia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 88,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

IMAGENS ENCAMINHADAS VIA E-MAIL.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/31/014/120 Karen Groenitz Doná 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/014/120 Karen Groenitz Doná 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/014/120 53-Data, local e Cartão da Empresa

242



305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

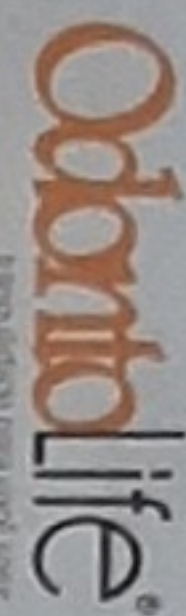
305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO

305586
INTERCAMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2013	4-Data de Autorização 10/06/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7488010	7-Data Validade da Senha 11/05/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

302639
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1010202529647400000101	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 TATIANA INACIO DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TATIANA INACIO DA SILVA		

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KAREN GROENITZ DONA	18-Número no CRO 103659	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 22982216850		22-Nome do Contratado Executante KAREN GROENITZ DONA	23-Número no CRO 103659	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KAREN GROENITZ DONA		27-Número no CRO 103659	28-UF SP	29-Código CBO S	Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moção da Carga	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/07/2013		<i>Karen Groenitz Dona</i>
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/07/2013	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-1 Tratamento Odontológico	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\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2013 <i>Karen Groenitz Dona</i> CRO-SP - 103659	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2013 <i>Karen Groenitz Dona</i> CRO-SP - 103659	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2013 <i>Tatiana Inacio</i>	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	--	--