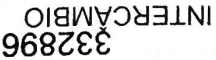


2-N



Dr. Ingrid Dattmann
Chirurgie - Dentist
CRC 2 901

2-N^o

332617
INTERCÂMBIO

INTERCÂMBIO

1111

41-Motivo da Glosa 42-Assina

[illegible]

2014

2011	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

2011114 R

[illegible]

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

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

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

—

48-Total Franquia / Co-participação R\$

[illegible]

que assina esse documento,

1000



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/06/10 4-Data de Autorização 11/08/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7767526 7-Data Validade da Senha 10/04/11 8-Data Validade da Guia 10/04/11

352509
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202531252400000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IRALDES SILVA DE JESUS

14-Telefone 22/04/1977

15-Nome do titular do plano IRALDES SILVA DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10014934561058

22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO 22994

19-UF RS

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO 22994

24-UF RS

25-Código CNES

28-UF RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

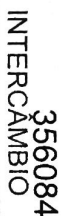
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	18.5.1.0.0.2.0.0	16	OM	1	8.8	10.0	0	1	10.0	0	
2-0	0	18.5.1.0.0.2.0.0	24	OD	1	8.8	10.0	0	1	10.0	0	
3-0	0	18.5.1.0.0.2.1.8	26	ODP	1	12.2	10.0	0	1	10.0	0	
4-0	0	18.5.1.0.0.2.0.0	37	OD	1	8.8	10.0	0	1	10.0	0	
5-0	0	18.5.1.0.0.1.9.6	38	O	1	16.1	10.0	0	1	10.0	0	
6-0	0	18.5.1.0.0.2.1.8	34	OMD	1	12.2	10.0	0	1	10.0	0	
7-0	0	18.5.1.0.0.2.0.0	44	OM	1	8.8	10.0	0	1	10.0	0	
8-0	0	18.2.0.0.0.2.1.2	23		1	8.1	10.0	0	1	10.0	0	
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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 838100 47-Valor Total R\$ 1000 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N⁺

INTERCĂMBIO

Unidos do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde13-NameLIZANDREIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTIST

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10101491341516005181111
22-Nome do Contratado Executante	ERANCIELE BATIST

28-Nome do Profissional Exclamante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-Uf RS	29-Código CBO S RS	(f) 85300039-011	(f) 85300039-013
				(f) 85300039-012	
				(f) 85300039-014	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 - Etiqueta	31-Código do Procedimento	32-Descrição
33-Dente/Begão	34-Face	35-Qtd
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
39-Mês	40-Data de Realização	41- Molto da Glosa
		42-Assinatura

1	0	8	5	3	0	0	0	3	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RASPAGEM SUB-

2	10	0	11	8	15	3	0	0	0	3	9	1	RASPAGEM SUB-
---	----	---	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---------------

3.10.0.8.5.3.0.0.0.3.9. BACBACEMCLIP

[illegible][illegible]

5

6-1

[illegible][illegible]

A vertical ruler scale with markings from 10 to 19. The markings are as follows:

Marking	Value
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19

[illegible][illegible]13

[illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

☐	1-1 Tratamiento Odontológico 2-E
--------------------------	----------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos,

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos

49-Observação

30-Dalida, local e Assinatura do Criador-Criadora ou

Figure 1



Isa Aquilante para todos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



356076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/3/08/20

4-Data de Autorização
18/08/20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7784035

7-Data Validade da Senha
11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253078610000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/20

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANDRESSA LIMA DAS NEVES

16/04/1994

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
ANDRESSA LIMA DAS NEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

FRANCIELE BATTISTI

22-Nome do Contratado Executante
FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO
22994

19-UF
RS

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

001493456058

23-Número no CRO
22994

24-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO
22994

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Clid 36-Quantidade US 37-Valor

1-0082000816 EXODONTIA A RETALHO 46 1173100 00100 001310312014

2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Franciele Battisti
CRO 22.994

55-Data, local e Carimbo da Empresa

56-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/17	4-Data de Autorização 12/11/17	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7706391	7-Data Validade da Semha 13/11/18
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025307861000010101	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 339494
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome

ANDRESSA LIMA DAS NEVES	16/04/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA LIMA DAS NEVES
-------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNU / CPF 100493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	29-Código CBO S (1) 85100218	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-010	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,810,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
2-010	851100220101	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8,810,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
3-010	851100221181	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	12,210,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
4-010	851100219161	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6,110,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
5-010	851100221181	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODV	1	12,210,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
6-010	851100219161	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,110,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
7-010	851100219161	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	6,110,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
8-010	851100219161	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	6,110,00	10,10,00	11,2810,131120	11	28/10/17	11	11
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 664,00	47-Valor Total R\$ 10,10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,11,11
--	--	---	----------------------------------	--------------------------------	---

49-Observação

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.

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015	4-Data de Autorização 11/08/2015	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7540345	7-Data Validade da Semeta 10/12/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

310105
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020252886770000010101	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 ROSANA ROSA DA ROSA	06/11/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSANA ROSA DA ROSA
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	85100218										
2-0	0	85100218	14	ODV	1	12100	0,10					
3-1		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	12100	0,10					
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	0,10								

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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	Franciele Battisti	Rosana Rosa da Rosa	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/08 4-Data de Autorização 12/01/08 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7784426 7-Data Validade da Semha 11/11/11 8-Data Validade da Semha 11/11/11 9-Data Validade da Semha 11/11/11 10-Data Validade da Semha 11/11/11 11-Data Validade da Semha 11/11/11 12-Data Validade da Semha 11/11/11

356138
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Data Validade da Carteira 11/11/11 13-Nome LIZANDREIA DA SILVA 14-Telefone 23/12/1985 15-Nome do titular do plano LIZANDREIA DA SILVA 16-Data Validade do plano 11/11/11 17-Data Validade do plano 11/11/11 18-Data Validade do plano 11/11/11 19-Data Validade do plano 11/11/11 20-Data Validade do plano 11/11/11 21-Data Validade do plano 11/11/11 22-Data Validade do plano 11/11/11 23-Data Validade do plano 11/11/11 24-Data Validade do plano 11/11/11 25-Data Validade do plano 11/11/11 26-Data Validade do plano 11/11/11 27-Data Validade do plano 11/11/11 28-Data Validade do plano 11/11/11 29-Data Validade do plano 11/11/11 30-Data Validade do plano 11/11/11 31-Data Validade do plano 11/11/11 32-Data Validade do plano 11/11/11 33-Data Validade do plano 11/11/11 34-Data Validade do plano 11/11/11 35-Data Validade do plano 11/11/11 36-Data Validade do plano 11/11/11 37-Data Validade do plano 11/11/11 38-Data Validade do plano 11/11/11 39-Data Validade do plano 11/11/11 40-Data Validade do plano 11/11/11 41-Data Validade do plano 11/11/11 42-Data Validade do plano 11/11/11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN FRANCIELE BATTISTI 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 010493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 0185100200 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S 0185100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11
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 176,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



358979
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 12/05/2011 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7796853 7-Data Validade da Semeta 11/06/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202531252400001101 9-Piano 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 IRALDES SILVA DE JESUS 14-Telefone 22/04/1977 15-Nome do titular do plano IRALDES SILVA DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1004934561058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 1185100200 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S 1185100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/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
1-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	DL	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VDP	1	12,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4-010	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
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 344,00 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 12/05/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7798650 7-Data Validade da Senha 11/06/2011 8-Número da Carteira 0020252994650000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PAULO RICARDO QUADROS 11-Data Validade da Carteira 11/06/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCAMBIO

13-Nome HELENA DE ABREU VIEIRA MARQUES

14-Telefone 13/05/2015

15-Nome do Titular do plano PAULO RICARDO QUADROS MARQUES JUNIOR

16-Atendimento a RN FRANCIELE BATTISTI

17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI

22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO 22994

19-UF RS

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1014934516058

23-Número no CRO 22994

24-UF RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO 22994

28-UF RS

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00						
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00						
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00						
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00						
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00									

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 Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paulo Ricardo Quadros
CRO 22994

Franciele Battisti

Franciele Battisti

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



327412
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2002 4-Data de Autorização 10/07/2002 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7647888 7-Data Validade da Semha 11/07/2002

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01021025303504000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEONARDO CECCHINEL MEDEIROS 14-Teléfono () - 15-Nome do titular do plano LEONARDO CECCHINEL MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-U.F. RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101049134516058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-U.F. RS 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-U.F. RS 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 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 Glosa	42-Assinatura
1-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PM	1	8,81,00	0,00					
2-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PM	1	8,81,00	0,00					
3-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8,81,00	0,00					
4-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8,81,00	0,00					
5-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8,81,00	0,00					
6-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,81,00	0,00					
7-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODL	1	12,21,00	0,00					
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	65,01,00	10,00								

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/3/10 6/12/10	4-Data de Autorização 01/11/07 12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7656787	7-Data Validade da Sanha 12/11/09 12/10
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

328770
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 0 6 0 6 5 6 0 0 6 6 4 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

PAULO ROBERTO SIMON JACQUES FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10 10 14 9 3 4 5 6 10 5 8

22-Nome do Contratado Executante

FRANCIELE BATTISTI

26-Nome do Profissional Executante

FRANCIELE BATTISTI

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
1-10	0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,00						
2-10	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	16,00						
3-10	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	16,00						
4-10	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	16,00						
5-10	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	16,00						
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

11/11/11

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

117,80

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

11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/10/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11

F. 11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



322418
 INTERCAMBIO

Registro ANS 006414
 3-Data de Emissão de Guia 10/09/06
 4-Data de Autorização 10/07/07
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7624180
 7-Data Validade da Sanha 10/07/09
 8-Data de Emissão de Guia 10/09/06

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

Nome LEONARDO CECCHINEL MEDEIROS
 13-Data Validade da Sanha 10/07/09
 14-Telefone
 15-Data Validade da Sanha 10/07/09
 16-Data Validade da Sanha 10/07/09

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 11/01/2002
 17-Data Validade da Sanha 10/07/09
 18-Data Validade da Sanha 10/07/09
 19-Data Validade da Sanha 10/07/09

20-Data Validade da Sanha 10/07/09
 21-Data Validade da Sanha 10/07/09
 22-Data Validade da Sanha 10/07/09
 23-Data Validade da Sanha 10/07/09

24-Data Validade da Sanha 10/07/09
 25-Data Validade da Sanha 10/07/09
 26-Data Validade da Sanha 10/07/09
 27-Data Validade da Sanha 10/07/09

28-Data Validade da Sanha 10/07/09
 29-Data Validade da Sanha 10/07/09
 30-Data Validade da Sanha 10/07/09
 31-Data Validade da Sanha 10/07/09

32-Data Validade da Sanha 10/07/09
 33-Data Validade da Sanha 10/07/09
 34-Data Validade da Sanha 10/07/09
 35-Data Validade da Sanha 10/07/09

36-Data Validade da Sanha 10/07/09
 37-Data Validade da Sanha 10/07/09
 38-Data Validade da Sanha 10/07/09
 39-Data Validade da Sanha 10/07/09

40-Data Validade da Sanha 10/07/09
 41-Data Validade da Sanha 10/07/09
 42-Data Validade da Sanha 10/07/09
 43-Data Validade da Sanha 10/07/09

44-Data Validade da Sanha 10/07/09
 45-Data Validade da Sanha 10/07/09
 46-Data Validade da Sanha 10/07/09
 47-Data Validade da Sanha 10/07/09

48-Data Validade da Sanha 10/07/09
 49-Data Validade da Sanha 10/07/09
 50-Data Validade da Sanha 10/07/09
 51-Data Validade da Sanha 10/07/09

52-Data Validade da Sanha 10/07/09
 53-Data Validade da Sanha 10/07/09
 54-Data Validade da Sanha 10/07/09
 55-Data Validade da Sanha 10/07/09

56-Data Validade da Sanha 10/07/09
 57-Data Validade da Sanha 10/07/09
 58-Data Validade da Sanha 10/07/09
 59-Data Validade da Sanha 10/07/09

60-Data Validade da Sanha 10/07/09
 61-Data Validade da Sanha 10/07/09
 62-Data Validade da Sanha 10/07/09
 63-Data Validade da Sanha 10/07/09

64-Data Validade da Sanha 10/07/09
 65-Data Validade da Sanha 10/07/09
 66-Data Validade da Sanha 10/07/09
 67-Data Validade da Sanha 10/07/09

68-Data Validade da Sanha 10/07/09
 69-Data Validade da Sanha 10/07/09
 70-Data Validade da Sanha 10/07/09
 71-Data Validade da Sanha 10/07/09

72-Data Validade da Sanha 10/07/09
 73-Data Validade da Sanha 10/07/09
 74-Data Validade da Sanha 10/07/09
 75-Data Validade da Sanha 10/07/09

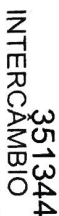
76-Data Validade da Sanha 10/07/09
 77-Data Validade da Sanha 10/07/09
 78-Data Validade da Sanha 10/07/09
 79-Data Validade da Sanha 10/07/09

80-Data Validade da Sanha 10/07/09
 81-Data Validade da Sanha 10/07/09
 82-Data Validade da Sanha 10/07/09
 83-Data Validade da Sanha 10/07/09

84-Data Validade da Sanha 10/07/09
 85-Data Validade da Sanha 10/07/09
 86-Data Validade da Sanha 10/07/09
 87-Data Validade da Sanha 10/07/09

88-Data Validade da Sanha 10/07/09
 89-Data Validade da Sanha 10/07/09
 90-Data Validade da Sanha 10/07/09
 91-Data Validade da Sanha 10/07/09

2-Na

351344
INTERCÂMBIO

1000

--

41 - Motivo da Glosa 42-Assin

20	7								
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--

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

[illegible][illegible]

—

[illegible]

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--

1000



338393
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/17 4-Data de Autorização 15/07/12 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7700864 7-Data Validade da Semana 11/11/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120253078611000001101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDRESSA LIMA DAS NEVES 16/04/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do Plano ANDRESSA LIMA DAS NEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 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-Molho da Gesso	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00			15/11/17		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			15/11/17		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			15/11/17		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			15/11/17		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			15/11/17		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento	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 117,80	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 13/11/17 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/17 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/17 53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N₂

Dados do Beneficiário

351340
INTERCÂMBIO13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

1-10181101010165	CONSULTA ODONTOLOGICA
------------------	-----------------------

2.0.0.8.5.3.0.0.0.4.7.1.1.BASPACEM SLIPBA CENCIY

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

3-	0	0	0	0	0	0	+	/		
----	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

INAGBCEIM SUPRA-GENGIV

4-101011815131010101417111 RASPAGEM SUPRA-GENIV.

[illegible]

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

A vertical ruler with markings from 1 to 6 inches. The markings are as follows: 1 inch (1 tick), 2 inches (2 ticks), 3 inches (3 ticks), 4 inches (4 ticks), 5 inches (5 ticks), and 6 inches (6 ticks). The ruler is oriented vertically with the 1-inch mark at the top and the 6-inch mark at the bottom.

7.1

[illegible][illegible]

9-1

[illegible]

11

5

[illegible][illegible]141

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento
--	------------------------

☐ 1-Tratamiento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Or

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternat

contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for(em) considerado(s) parte integrante do presente contrato.

[illegible][illegible]

06/06/11

1	2
---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 12/01/07 5-Semra AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7716626 7-Data Validade da Sanha 11/08/10 341798 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira

0102025197812400000006011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIAO DOS ESCOTEIROS DO

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GIULIA RODRIGUES MARTINS

11/10/1997

14-Telefone

15-Nome do titular do plano GIULIA RODRIGUES MARTINS

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO 22994

19-UF RS

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

000493456058

22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO 22994

24-UF RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO 22994

28-UF RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Did	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/01/2010		
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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994

Adriano Rodrigues