

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/2019 4-Data de Autorização 10/08/2019 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7847918 7-Data Validade da Semeta 10/12/2020

369799
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510550600322602 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome ANGEL RODRIGUES GOMES

22/01/1995

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do Titular do plano ANGELA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

18-Número no CRO 132738

19-UF SP

20-Código CRO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ/CPF) 22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

23-Número no CRO 132738

24-UF SP

25-Código CNES

Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Locatário FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

27-Número no CRO 132738

28-UF SP

29-Código CRO 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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,10	0,00		S	08 SET 2020		Angel Gomes
2-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,80	0,00		S	08 SET 2020		Angel Gomes
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6,10	0,00		S	08 SET 2020		Angel Gomes
4-00	081000421	RX PERIAPICAL	RME		1	14,00	0,00		S	08 SET 2020		Angel Gomes
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Dat. Emissão do Atendimento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
08/09/2020	1- Tratamento Odontológico	1- Total	224,00	0,00	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

Dra. Fernanda dos Santos Cirurgiã Dentista CRO - SP 132738
Dra. Fernanda dos Santos Cirurgiã Dentista CRO - SP 132738
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2020
53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
54-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
55-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
56-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
57-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
58-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
59-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
60-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
61-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
62-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
63-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
64-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
65-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
66-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
67-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
68-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
69-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
70-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
71-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
72-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
73-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
74-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
75-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
76-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
77-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
78-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
79-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
80-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
81-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
82-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
83-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
84-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
85-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
86-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
87-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
88-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
89-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
90-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
91-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
92-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
93-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
94-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
95-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
96-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
97-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
98-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
99-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020
100-Data, local e Assinatura da Empresa 08/09/2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

363196
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 8/12/0 4-Data de Autorização 12/6/10 8/12/0 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7817612 7-Data Validade da Semeta 12/3/11 1/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020125101050601127301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 1/1/1 1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCO AURELIO SANCHES 09/09/1968 14-Telefone (11) 147731225 15-Nome do titular do plano MARCO AURELIO SANCHES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA 18-Número no CRO 132868 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35916356848 22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA 23-Número no CRO 132868 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 132868 28-UF SP 29-Código CBO S (1) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	6,1,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	26/AGO 2020		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	6,1,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	26/AGO 2020		
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IM	1	8,8,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	26/AGO 2020		
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1,4,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	26/AGO 2020		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término Tratamento 26/AGO 2020 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 2224,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Dra. Beatriz Rocha

Dra. Beatriz Rocha

50-D-Data local e Assinatura do Beneficiário 26/AGO 2020 51-D-Data local e Assinatura do Responsável 26/AGO 2020 52-D-Data local e Assinatura do Profissional 26/AGO 2020 53-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 54-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 55-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 56-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 57-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 58-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 59-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 60-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 61-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 62-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 63-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 64-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 65-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 66-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 67-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 68-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 69-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 70-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 71-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 72-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 73-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 74-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 75-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 76-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 77-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 78-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 79-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 80-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 81-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 82-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 83-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 84-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 85-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 86-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 87-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 88-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 89-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 90-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 91-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 92-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 93-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 94-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 95-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 96-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 97-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 98-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 99-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020 100-D-Data local e Assinatura da Empresa 26/AGO 2020

CUIDAR DE ODONTOLÓGICA
Cidade das Rosas, 137
Barueri - SP CEP: 06453-02
CNPJ: 28972780/0001-87



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/8/08

4-Data de Autorização 13/1/08

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7829512

7-Data Validade da Senha 12/6/11

8-Data de Beneficiário

9-Data de Cadastro

10-Plano

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JONAS GOMES FELIX

16/02/1964

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA

18-Número no CRO 132868

19-UF SP

20-Código CRO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 5 9 9 6 3 5 6 8 4 8

22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA

23-Número no CRO 132868

24-UF SP

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Contratado a Realizar

BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA

27-Número no CRO 132868

28-UF SP

29-Código CRO S

(I) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	3 1/AGO 2020		
2	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	8 8 0 0	0 0 0 0	S	3 1/AGO 2020		
3	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	3 1/AGO 2020		
4	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	3 1/AGO 2020		
5	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1 4 0 0	0 0 0 0	S	3 1/AGO 2020		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

3 1/AGO 2020

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

2 8 5 0 0

47-Valor Total R\$

10 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Dra. Beatriz Rocha

Dra. Beatriz Rocha

50-Data Local e Assinatura do Solicitante 3 1/AGO 2020

51-Data Local e Assinatura do Dentista 3 1/AGO 2020

52-Data Local e Assinatura do Participante / Responsável 3 1/AGO 2020

53-Data Local e Assinatura da Empresa 3 1/AGO 2020

54-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

55-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

56-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

57-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

58-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

59-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

60-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

61-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

62-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

63-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

64-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

65-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

66-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

67-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

68-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

69-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

70-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

71-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

72-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

73-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

74-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

75-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

76-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

77-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

78-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

79-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

80-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

81-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

82-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

83-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

84-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

85-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

86-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

87-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

88-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

89-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

90-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

91-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

92-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

93-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

94-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

95-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

96-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

97-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

98-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

99-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020

100-Data Local e Assinatura do Operador 3 1/AGO 2020



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 01/2/10	4-Data de Autorização 10/6/11 01/2/10	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928922	7-Data Validade da Semana 31/12/11 2/10
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 0 8 3 8 1 5 0 0 0 0 1 6 0 2
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	REDISUL INFORMATICA LTDA
11-Dia Validade da Carteira	
12-Número do Cartão	

13-Nome	FABIANA CRISTOVAM MORAES
14-Telefone	02/07/1975
15-Nome do titular do plano	EDSON DE MOURA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamen

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINE VALE TWIASCHOR	18-Número no CRO 136582	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	41917599811
22-Nome do Contratado Executante	CAROLINE VALE TWIASCHOR
23-Número no CRO	136582
24-UF	SP
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Excitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S
CAROLINE VALE TWIASCHOR	136582	SP	(1) 81000421-

Piano 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- Faixa/Co-participação R\$	39- Aut	40- Urais de Realização	41- Motivo da Causa 42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	------------------	----------	---------	-------------------	-----------	-------------------------------	---------	-------------------------	------------------------------------

[illegible]

3.

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

4. _____

[illegible][illegible][illegible]

A blank 10x10 grid for a crossword puzzle. The grid consists of 10 rows and 10 columns of squares. The top row is labeled with numbers 1 through 10. The right side of the grid is labeled with letters A through J. The grid is intended for a crossword puzzle where the letters A through J are placed in the squares.

[illegible][illegible]

14

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faltamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Faltas/Compensação
10/08/2021	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1102,00	0,00	0,00

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

49-Observação

50 - Ditta, local e Assinatura do Cliente	51 - Ditta, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52 - Ditta, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Banco e Assinatura da Empresa
08 Jul 2020 Pira-Caroline T. Maschio/ Cirurgião-Dentista CRO-SP 385582	08 Jul 2020 Pira-Caroline T. Maschio/ Cirurgião-Dentista CRO-SP 385582	08 Jul 2020 Pira-Caroline T. Maschio/ Cirurgião-Dentista CRO-SP 385582	08 Jul 2020 Pira-Caroline T. Maschio/ Cirurgião-Dentista CRO-SP 385582

CNC ST 100002

CNDJ: 28972750/0001-86



372048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/09 4-Data de Autorização 11/01/09 5-Sentia AUTORIZADO 7855848 6-Número da Guia Principal 7855848 7-Data Validade da Semta 10/08/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202508381500001603 9-Diário POS REDE PRESTADORA 10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCAS CRISTOVAM DE MORAES 31/03/2005 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDSON DE MOURA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINE VALE TWIASCHOR 18-Número no CRO 136582 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 411917599811 22-Nome do Contratado Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR 23-Número no CRO 136582 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excitante CAROLINE VALE TWIASCHOR 27-Número no CRO 136582 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24 SET 2020		de Consinanda
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24 SET 2020		de Consinanda
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24 SET 2020		de Consinanda
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24 SET 2020		de Consinanda
5- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
6- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
7- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
8- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
9- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
10- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
11- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
12- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
13- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
14- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
15- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
43-Previsão de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
24 SET 2020	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1 4 0,0 0	0,0 0								

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 de Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 24 SET 2020 Dr. Caroline Twiaschor Cirurgiã Dentista CRO-SP 136582 51-Data de Assinatura do Cirurgião Dentista 24 SET 2020 Dr. Caroline Twiaschor Cirurgiã Dentista CRO-SP 136582 52-Data de Assinatura do Beneficiário / Responsável 24 SET 2020 Lucas Cristovam Moraes 53-Data de Assinatura da Empresa 24 SET 2020 CUIDARE ODONTOLÓGICO Calçada dos Azeites, 137 - Jardim - SP CEP: 06453-000 CNPJ: 28922788/0001



Intercâmbio para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362858
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/04/2020

4-Data de Autorização
12/05/2020

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7815768

7-Data Validade da Senha
12/11/2020

8-Atuante da Carteira

01020125101550601127301

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Emissora
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCO AURELIO SANCHES

09/09/1968

14-Telefone
(11) 47731225

15-Nome do titular do plano
MARCO AURELIO SANCHES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA

18-Número no CRO
132868

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

135916356848

22-Nome do Contratado Executante
BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA

23-Número no CRO
132868

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA

27-Número no CRO
132868

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-00	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/AGO 2020		
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	25/AGO 2020		
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	25/AGO 2020		
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	25/AGO 2020		
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	25/AGO 2020		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término Tratamento
25/AGO 2020

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
178,00

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

Dra. Beatriz Rocha

Dra. Beatriz Rocha

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/AGO 2020
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/AGO 2020
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/AGO 2020
53-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
54-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
55-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
56-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
57-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
58-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
59-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
60-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
61-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
62-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
63-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
64-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
65-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
66-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
67-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
68-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
69-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
70-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
71-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
72-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
73-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
74-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
75-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
76-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
77-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
78-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
79-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020
80-Data local e Carimbo da Empresa
25/AGO 2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



**367598
 INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/1/09 4-Data de Autorização 10/2/09 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7837894 7-Data Validade da Guia 13/01/11 8-Data Validade da Guia 13/01/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202508381500001603 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço REDISUL INFORMATICA LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCAS CRISTOVAM DE MORAES 14-Telefone 31/03/2005 15-Nome do titular do plano EDSON DE MOURA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINE VALE TWIASCHOR 18-Número no CRO 136582 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41917599811 22-Nome do Contratado Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR 23-Número no CRO 136582 24-UF SP 25-Código CNES 26-UF SP 27-Número no CRO 136582 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4,00	0,00	0,00	0,00	02/08/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Tratamento 10/01/09 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) 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-Operação

50-Data de Emissão da Guia 10/01/09 51-Data de Realização do Tratamento 02/08/2020 52-Data de Faturamento 02/08/2020 53-Data de Glosa 02/08/2020 54-Data de Glosa 02/08/2020 55-Data de Glosa 02/08/2020 56-Data de Glosa 02/08/2020 57-Data de Glosa 02/08/2020 58-Data de Glosa 02/08/2020 59-Data de Glosa 02/08/2020 60-Data de Glosa 02/08/2020

COPIAR ODONTOLÓGICA
 Brasília - SE CEP: 06453-021
 CNPJ: 28972760/0001-80



Identificação para você e para o paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



366183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 13/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7831344	7-Data Validade da Guia 12/06/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0002025083815000016021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome FABIANA CRISTOVAM MORAES	02/07/1975	14-Telefone () - 0000000000	15-Nome do titular do plano EDSON DE MOURA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINE VALE TWIASCHOR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41917599811	22-Nome do Contratado Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR
26-Número no CRO 136582	19-UF SP
23-Número no CRO 136582	24-UF SP
27-Número no CRO 136582	25-Código CNES SP
28-Código CRO S	29-Código CRO S
30-Franchisa/Co-participação R\$	35-Aut 31 Ago 2020
36-Franchisa/Co-participação R\$	40-Data de Realização 31 Ago 2020
37-Valor	41-Motivo da Guia 31 Ago 2020
38-Franchisa/Co-participação R\$	42-Assinatura 31 Ago 2020

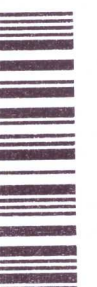
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		31	31 Ago 2020	31 Ago 2020	31 Ago 2020
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00		31	31 Ago 2020	31 Ago 2020	31 Ago 2020
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00		31	31 Ago 2020	31 Ago 2020	31 Ago 2020
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00		31	31 Ago 2020	31 Ago 2020	31 Ago 2020
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00		31	31 Ago 2020	31 Ago 2020	31 Ago 2020
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data de Realização do Tratamento 31 Ago 2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Valor Total 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 Realização do Tratamento 31 Ago 2020	51-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	52-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	53-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	54-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	55-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	56-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	57-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	58-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	59-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	60-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	61-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	62-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	63-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	64-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	65-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	66-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	67-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	68-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	69-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	70-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	71-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	72-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	73-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	74-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	75-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	76-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	77-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	78-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	79-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	80-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	81-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	82-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	83-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	84-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	85-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	86-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	87-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	88-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	89-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	90-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	91-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	92-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	93-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	94-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	95-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	96-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	97-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	98-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	99-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020	100-Data Realização do Tratamento 31 Ago 2020
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--



355363

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 40614

3-Data de Emissão da Guia 11/2/08 11/2/08

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7780858

7-Data Validade da Senha 11/01/11 11/2/08

8-Número do Contrato

0 0 2 0 1 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 5 2 0 6 0 2

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Dado Validade da Guia 11/01/11 11/2/08

12-Número do Cadeia Nacional da Saúde

13-Nome JONAS GOMES FELIX

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a PN FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

18-Número do CRO 132738

19-UF SP

20-Código CRO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

23-Número no CRO 132738

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Contratado Responsável

27-Número no CRO 132738

28-UF SP

29-Código CRO S

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

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-Farmácia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 0	0 0 0 0 0		S	17 AGO 2020		X
2-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 1 0 0	0 0 0 0 0		S	17 AGO 2020		X
3-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 1 0 0	0 0 0 0 0		S	17 AGO 2020		X
4-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 1 0 0	0 0 0 0 0		S	17 AGO 2020		X
5-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 1 0 0	0 0 0 0 0		S	17 AGO 2020		X
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão Termino no Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Participação Co-participação R\$

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

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

Dr. Fernando dos Santos

Dr. Fernando dos Santos

50-Data 17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

51-Data local e Assinatura Cirurgião-Dentista Solicitante

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

53-Data local e Assinatura da Empresa

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

54-Data local e Assinatura do Profissional Contratado

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

17 AGO 2020

2-N⁺348128
INTERCÂMBIO

CUIDAR E OPORTUNIDADE
Cidade das Rosas, 137
Barcel - SP - CEP: 06153-02
CNPJ: 26972760/0001-80.



1ª qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353893
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/08 12:01

4-Data de Autorização
12/08/08 12:01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7773667

7-Data Validade da Senha
10/08/11 12:01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

1000210251105506005206011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX

29/05/1966

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

17-Nome do Profissional Solicitante

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

42452993808

22-Nome do Contratado Executante

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

23-Número no CRO

132738

24-UF

SP

25-Código CNES

132738

26-Valor

132738

27-Valor

SP

28-Código CBO S

132738

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

1-01085100196
2-01085100196
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

RESTAURAÇÃO RESINA
RESTAURAÇÃO RESINA

23 V
24 V

61100
61100

0100
0100

S 31 AGO 2020

31 AGO 2020

43-Data de Realização

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Fraturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Valor Total Fratura / 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.

Dia. **Fernanda dos Santos**
Cirurgiã Dentista

Dia. **Fernanda dos Santos**
Cirurgiã Dentista

50-Data local e Assinatura Beneficiário

51-Data local e Assinatura Profissional Solicitante

52-Data local e Assinatura Responsável pelo Tratamento

53-Data local e Carimbo da Empresa

54-Cópia da Guia em 3x

55-Data local e Assinatura Beneficiário

56-Data local e Assinatura Beneficiário

57-Data local e Assinatura Beneficiário

58-Data local e Assinatura Beneficiário

59-Data local e Assinatura Beneficiário

60-Data local e Assinatura Beneficiário

61-Data local e Assinatura Beneficiário

62-Data local e Assinatura Beneficiário

63-Data local e Assinatura Beneficiário

64-Data local e Assinatura Beneficiário

65-Data local e Assinatura Beneficiário

66-Data local e Assinatura Beneficiário

67-Data local e Assinatura Beneficiário

68-Data local e Assinatura Beneficiário

69-Data local e Assinatura Beneficiário

70-Data local e Assinatura Beneficiário

71-Data local e Assinatura Beneficiário

72-Data local e Assinatura Beneficiário

73-Data local e Assinatura Beneficiário

74-Data local e Assinatura Beneficiário

75-Data local e Assinatura Beneficiário

76-Data local e Assinatura Beneficiário

77-Data local e Assinatura Beneficiário

78-Data local e Assinatura Beneficiário

79-Data local e Assinatura Beneficiário

80-Data local e Assinatura Beneficiário

81-Data local e Assinatura Beneficiário

82-Data local e Assinatura Beneficiário

83-Data local e Assinatura Beneficiário

84-Data local e Assinatura Beneficiário

85-Data local e Assinatura Beneficiário

86-Data local e Assinatura Beneficiário

87-Data local e Assinatura Beneficiário

88-Data local e Assinatura Beneficiário

89-Data local e Assinatura Beneficiário

90-Data local e Assinatura Beneficiário

91-Data local e Assinatura Beneficiário

92-Data local e Assinatura Beneficiário

93-Data local e Assinatura Beneficiário

94-Data local e Assinatura Beneficiário

95-Data local e Assinatura Beneficiário

96-Data local e Assinatura Beneficiário

97-Data local e Assinatura Beneficiário

98-Data local e Assinatura Beneficiário

99-Data local e Assinatura Beneficiário

100-Data local e Assinatura Beneficiário



Facilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



366255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/2020

4-Data de Autorização
13/11/2020

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7831840

7-Data Validade da Senha
12/11/2020

8-Número da Carteira

000202510550600322602

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANGEL RODRIGUES GOMES

14-Telefone

22011995

15-Nome do titular do plano

ANGELA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

18-Número no CRO

132738

19-UF

SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

23-Número no CRO

24-UF

SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

27-Número no CRO

132738

28-UF

SP

29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

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 Gloriosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/08/2020		Angela Soares
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	01/08/2020		Angela Soares
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	01/08/2020		Angela Soares
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	01/08/2020		Angela Soares
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		S	01/08/2020		Angela Soares
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição 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

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Fernanda dos Santos

Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

01/08/2020

Dra. Fernanda dos Santos

Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

01/08/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/08/2020

53-Data, local e Assinatura da Empresa

01/08/2020

CADRE ODONTOLÓGICA

54-Cópia das folhas 137

Barueri - SP CEP: 06453-00

CNPJ: 28972760/0001-90



Marquidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



386252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918750	7-Data Validade da Senha 12/9/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número do Contrato 010202125018381500016021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome FABIANA CRISTOVAM MORAES	02/07/1975	14-Telefone () 0000000000	15-Nome do titular do plano EDSON DE MOURA
-------------------------------------	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINE VALE TWIASCHOR	18-Número no CRO 136582	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 419117599811	22-Nome do Contratado Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR	23-Número no CRO 136582	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR	27-Número no CRO 136582	28-UF SP	29-Código CRO 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	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00			01 OUT 2019		X Faturado
2-0	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			01 OUT 2019		X Faturado
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01 OUT 2019	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 Contratado Responsável 01 OUT 2019 Dra. Caroline Twiaschor Cirurgiã Dentista CRO-SP 136582	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01 OUT 2019 Dra. Caroline Twiaschor Cirurgiã Dentista CRO-SP 136582	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 01 OUT 2019 Dra. Caroline Twiaschor Cirurgiã Dentista CRO-SP 136582	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 01 OUT 2019 Dra. Caroline Twiaschor Cirurgiã Dentista CRO-SP 136582
---	---	--	--

CAROLINE CRISTOVAM MORAES
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 136582

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/09/2020 4-Data de Autorização 10/09/2020 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7855828 7-Data Validade da Senha 08/11/2020

372041
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Atualização da Carteira 0020215083815000016021 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA

11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIANA CRISTOVAM MORAES

02/07/1975

14-Telefone () 0000000000

15-Nome do titular do plano EDSON DE MOURA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averciamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINE VALE TWIASCHOR

18-Número no CRO 136582

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41917599811

22-Nome do Contratado Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR

23-Número no CRO 136582

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CAROLINE VALE TWIASCHOR

27-Número no CRO 136582

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	23/SET 2020		FAZ VALA
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	23/SET 2020		FAZ VALA
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												
43-Data Prevista Término Tratamento 23 SET 2020	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 1 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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 de Emissão da Guia 23 SET 2020 51-Data de Realização do Tratamento 23 SET 2020 52-Data de Faturamento 23 SET 2020 53-Data de Entrega da Guia 23 SET 2020

54-Nome do Profissional Solicitante Dra. Caroline Twiaschor 55-Nome do Profissional Executante Dra. Caroline Twiaschor 56-Nome do Profissional Responsável CARRARO ODONTOLÓGICA

57-Cidade e Estado do Beneficiário São Paulo - SP 58-Cidade e Estado do Profissional Solicitante São Paulo - SP 59-Cidade e Estado do Profissional Executante São Paulo - SP 60-Cidade e Estado do Profissional Responsável São Paulo - SP