



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 6/12/11 4-Data de Autorização 12/15/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8730189 7-Data Validade da Senha 12/10/10 19/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 25/05/08 71/00/03 57/01/11 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa JUNTO SEGUROS S.A. 11-Data Validade da Carteira 12/10/10 19/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KAMILIA NASCIMENTO SANTOS 24/12/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano KAMILIA NASCIMENTO SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12507104268101 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Valor
1.	00	81000065			1	1	3,4	1,0	0			25,62
2.	00	85300047			1	1	3,6	1,0	0			25,62
3.	00	85300047			1	1	3,6	1,0	0			25,62
4.	00	85300047			1	1	3,6	1,0	0			25,62
5.	00	85300047			1	1	3,6	1,0	0			25,62
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/14/11 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\$ 10,10 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: 825094

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



578281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 06/12/11	4-Data de Autorização 10/09/10 06/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8678214	7-Data Validade da Senha 10/07/10 09/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 1002025110151060119589011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome NEIDE DONIZETI BARBOSA CONCEICAO	18/04/1965	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NEIDE DONIZETI BARBOSA CONCEICAO
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Apresentar a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125107042680011	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	27-Número no CRO 55391	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			
30-Tabella	31-Código do Procedimento 1010811000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Diário/Régime

34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	1	1341010	0,00	0,00	1	10/09/10	R\$	846214/11
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

43-Data Fim do Tratamento 24/06/12	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---------------------------------------	--	--	----------------------------------	-----------------------------	---

50-Carteira e Assinatura do Beneficiário 10/09/10 06/12/11	51-Data Local e Assinatura do Beneficiário 24/06/12	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/10 14/11/11	53-Data Local e Assinatura da Empresa 24/06/10 14/11/11
---	--	---	--

Empresário Odontológico Lda - ME
CNPJ: 10.636.776/0001-71

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



579275
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 6/12/11 4-Data de Autorização 1/6/10 6/12/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8681384 7-Data Validade da Sentença 10/7/10 9/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 9 5 8 9 0 1 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 14-Telefone () - - - - - 11-Data Validade da Carteira - - - - - 12-Número do Cartão Nacional de Saúde - - - - -

13-Nome NEIDE DONIZETI BARBOSA CONCEICAO 18/04/1965 15-Nome do titular do plano NEIDE DONIZETI BARBOSA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES (I) 85100200 (II) 85100200 26-Nome do Profissional Excitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 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 Guisa	42-Assinatura
1	010	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	16,10	0,00				24/6/10	24/6/10
2	010	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	16,10	0,00				24/6/10	24/6/10
3	010	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	18,80	0,00				24/6/10	24/6/10
4	010	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	18,80	0,00				24/6/10	24/6/10
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 25/10/11 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 298,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

48-Observação

Sekon-4715413

50-Data local e Assinatura do Dirigente-Dentista Solicitante 24/11/10 51-Data local e Assinatura do Dirigente-Dentista 24/11/10 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/10 53-Data local e Carimbo da Empresa 24/11/10

5

573439
INTERODados do Beneficiário

13- Nome	JAO VITOR CAMARGO DE BORBA
	25/07/2006
14- Telefone	() - - - - -
15- Nome do titular do plano	PAULO JOSE DE BORBA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código UNICOD
215070426800	ELISABETE MONTEIRO SCHAFFER	55391	SP	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELISABETE MONTEIRO SCHAFFER		55391	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible][illegible]

43-Data Prescrição Teseado da Tripartido	08/06/2017
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	1174,00
47-Valor Total R\$	10,00
48-Total Faturado / Co-participação R\$	1,00

Ernststr. 10636
761001-71

50-Data local e Assinatura do Corregido-Dentista Solicitante	51-Data local e Assinatura do Corregido-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Assinatura do Emprego
08/11/2011	08/11/2011	08/11/2011	08/11/2011
[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]

Stop de Smea

Ernststr. 10636
CNPJ: 10.636.0001



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



573440
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/03/06 16:12:11	4- Data de Autorização 10/05/06 16:12:11	5- Setor AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8662669	7- Data Validade da Guia 10/11/09 11:21:11
---------------------------	---	---	------------------------	--	---

8- Número da Carteira 10/02/02 12:53:17 66900000000101021	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 JOAO VITOR CAMARGO DE BORBA	25/07/2006	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano PAULO JOSE DE BORBA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 250704268001	22- Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
26- Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	27- Número no CRO 55391
	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-F-área	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S			08/06/06
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prescrição/Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento										
08/06/06		☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										
		45-Tipo de Faturamento										
		☐ 1-Total 2-Parcial										
		46-Total Quantidade US										
		61,00										
		47-Valor Total R\$										
		10,00										
		48-Total Franquia / Co-participação R\$										
49-Observação												
Contrato, 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 Declaração. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 esta declaração, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
Sakana-S11995												
Estabelecimento Odontológico												
CNPJ-10.636.270/0001-11												

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

Elisabete Monteiro Schaffer
CNPJ: 10.636.273/0001-11

50- Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 08/06/06	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/06	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/06	53- Data, local e Assinatura da Empresa 08/06/06
---	--	--	---

Stop de Sine



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/13/10 6/12/11 4-Data de Autorização 10/15/11 0/6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8662666 7-Data Validade da Senha 10/11/10 9/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 1 2 0 2 5 3 7 6 9 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Nome PAULO JOSE DE BORBA 30/06/1987 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PAULO JOSE DE BORBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raigão	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	08/11/06	21	
2-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/11/06	21	
3-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/11/06	21	
4-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/11/06	21	
5-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/11/06	21	
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Dado Prescrito Tempo de Tratamento 144-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 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\$

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

48-Observação

Soken - 523300 Enxofre 10636 776005171

50-Data Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/06 51-Data Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/06 52-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/06 53-Data Total e Assinatura da Empresa 08/11/06

Seg de Suave.