



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/01/2011	4-Data de Autorização 01/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8251611	7-Data Validade da Senha 31/01/2011	465989 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 01020251105506018626011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome JAIR SILVA CARNEIRO	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano JAIR SILVA CARNEIRO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CRO 122642	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 34537681837	22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CBO S 025 -
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S 025 -	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218 (I) 85100218 (II) 85100218

30-Tabella	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-Atividade
1	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPV	1	122,00	12,20	0,00		31/01/2011		
2	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OVP	1	122,00	12,20	0,00		31/01/2011		
3	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OVL	1	122,00	12,20	0,00		31/01/2011		
4	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VOL	1	122,00	12,20	0,00		31/01/2011		
5	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VOL	1	122,00	12,20	0,00		31/01/2011		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 31/01/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 610,00	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 31/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/01/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/01/2011
---	---	---	---

AMANDA SUANES DA SILVA
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 122642



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2/67



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/12	4-Data de Autorização 12/02/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300892	7-Data Validade da Senha 11/05/12	477543 INTERCÂMBIO						
8-Número da Carteira 00202510550601862601		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 JAIR SILVA CARNEIRO		14-Telefone 28/10/1961		15-Data de Emissão do Plano 11/02/12		16-Data Validade do Plano 11/05/12						
17-Endereço do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		18-Número no CRO 122642		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade do Plano Faturar Empresa				
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 345376818371		23-Número do Contrato Executante AMANDA SUANES DA SILVA		24-UF SP		25-Código CHES Enviar - RX		26-Data Validade do Plano (I) 85106200				
27-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		28-Número no CRO 122642		29-UF SP		30-Código CBO S		31-Data Validade do Plano				
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Cita	45-Assinatura
1	001851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88100	10100	10100	10100	10100	10100	10100
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
46-Data Previsto Término do Tratamento 12/02/12		47-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		49-Total Quantidade US 88100		50-Valor Total R\$ 10100		51-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												
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/12		53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/12		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/12		55-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/12		56-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/12				



473880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8286326	7-Data Validade da Guia 11/01/2012
8-Nome do Beneficiário FAUSTO ROSA PASSOS					
9-Número da Carteira 0002025325373000001015		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
12-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Número do Cartão Nacional de Saúde			
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano AIMAR APARECIDA ROSA PASSOS			
16-Data de Conclusão do Tratamento 14/10/1979					
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		19-Número no CRO 122642	20-UF SP	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Código no Operador / CNPJ / CPF 345376811837		23-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA		24-Número no CRO 122642	25-UF SP
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		27-Número no CRO 122642		28-UF SP	29-Código CBO S

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-Caixa de Realização	41-Motivo da Grosse 42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/01/2012	X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/01/2012	X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/01/2012	X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/01/2012	X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			11/01/2012	X
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 11/01/2012	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) 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 11/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012
---------------	---	---	---	---

Dr. Amanda Suanes da Silva
Cirurgiã Dentista
CRP 005122.642



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	3-Data de Autorização 18/10/2012	4-Baixa AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8300815	6-Data Validade da Guia 17/10/2012	7-Valor da Guia 477500	8-Intercâmbio INTERCÂMBIO
9-Número da Carteira 00202532537300000105		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/11/11	13-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Nome FAUSTO ROSA PASSOS		15-Data de Nascimento 14/10/1979	16-Telefone (11) 1111-1111	17-Nome do titular do plano AIMAR APARECIDA ROSA PASSOS			
18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA		20-Número no CRO 122642	21-UF SP	22-Código CRO S 025 -	23-Faturar Empresa
24-Código de Operadora / CNPJ / CPF 34537681837		25-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA		26-Número no CRO 122642	27-UF SP	28-Código CRO S	
29-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA		30-Número no CRO 122642		31-UF SP	32-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
1-00	851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00			18/10/2012		
2-00	851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00			18/10/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/10/2012	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, é (s) 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 18/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/10/2012	54-Data, local e Assinatura do Profissional 18/10/2012
---	---	---	--	---

Cirurgião Dentista
CROSP-122.642



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

423480
INTERCÂMBIO

1-Original ANS 406814	2-Data de Emissão da Guia 12/11/11/20	3-Data de Autuação 10/3/11/2/20	4-Serena AUTORIZADO	5-Número da Guia Financeira 8096808	6-Cota Tratamento de Saúde 2,5/0,2/1/2,1
7-Data Validade da Carteira 11/11/11					
8-Número da Carteira Nacional de Saúde					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número da Carteira Nacional de Saúde					
13-Nome LEANDRO GABRYEL ARAUJO DO NASCIMENTO					
14-Data 19/08/2015					
15-Telefone (11) 1111-1111					
16-Nome do titular do plano LEANDRO GABRYEL ARAUJO DO NASCIMENTO					
17-Abastecimento e RIN N					
18-Nome do Profissional Substituto AMANDA SUANES DA SILVA					
19-Data de Nascimento no CBO 122642					
20-UF SP					
21-Código CBO S 025 -					
22-UF SP					
23-Código CBO S 025 -					
24-UF SP					
25-Código CBO S 025 -					
26-UF SP					
27-Código CBO S 025 -					
28-UF SP					
29-Código CBO S 025 -					
30-UF SP					
31-Código CBO S 025 -					
32-UF SP					
33-Código CBO S 025 -					
34-UF SP					
35-Código CBO S 025 -					
36-UF SP					
37-Código CBO S 025 -					
38-UF SP					
39-Código CBO S 025 -					
40-UF SP					
41-Código CBO S 025 -					
42-UF SP					
43-Código CBO S 025 -					
44-UF SP					
45-Código CBO S 025 -					
46-UF SP					
47-Código CBO S 025 -					
48-UF SP					
49-Código CBO S 025 -					
50-UF SP					
51-Código CBO S 025 -					
52-UF SP					
53-Código CBO S 025 -					
54-UF SP					
55-Código CBO S 025 -					
56-UF SP					
57-Código CBO S 025 -					
58-UF SP					
59-Código CBO S 025 -					
60-UF SP					
61-Código CBO S 025 -					
62-UF SP					
63-Código CBO S 025 -					
64-UF SP					
65-Código CBO S 025 -					
66-UF SP					
67-Código CBO S 025 -					
68-UF SP					
69-Código CBO S 025 -					
70-UF SP					
71-Código CBO S 025 -					
72-UF SP					
73-Código CBO S 025 -					
74-UF SP					
75-Código CBO S 025 -					
76-UF SP					
77-Código CBO S 025 -					
78-UF SP					
79-Código CBO S 025 -					
80-UF SP					
81-Código CBO S 025 -					
82-UF SP					
83-Código CBO S 025 -					
84-UF SP					
85-Código CBO S 025 -					
86-UF SP					
87-Código CBO S 025 -					
88-UF SP					
89-Código CBO S 025 -					
90-UF SP					
91-Código CBO S 025 -					
92-UF SP					
93-Código CBO S 025 -					
94-UF SP					
95-Código CBO S 025 -					
96-UF SP					
97-Código CBO S 025 -					
98-UF SP					
99-Código CBO S 025 -					
100-UF SP					

43-Data Prevista Término do Tratamento
10/11/2020

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
332,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Coparticipação R\$
0,00

49-Observação
Paciente não realizou procedimento no consultório 67

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2020 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2020 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2020 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

54-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

55-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

56-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

57-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

58-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

59-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

60-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

61-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

62-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

63-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

64-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

65-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

66-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

67-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

68-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

69-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

70-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

71-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

72-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

73-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

74-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

75-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

76-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

77-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

78-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

79-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

80-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

81-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

82-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

83-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

84-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

85-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

86-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

87-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

88-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

89-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

90-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

91-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

92-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

93-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

94-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

95-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

96-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

97-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

98-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

99-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]

100-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/2020 [Assinatura]