



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

466132
INTERCÂMBIO[illegible]

467246
INTERCÂMBIO[illegible]

476665
INTERCÂMBIO

ANEXO 42 405614		1-Data de Emissão de Guia 13/01/2012		2-Data de Autuação 18/01/2012		3-Cópia AUTORIZADO		4-Número da Guia Principal 8298267		5-Data Válida de Guia 14/01/2012		6-Data de Vencimento 476665 INTERCÂMBIO			
7-Data de Beneficiário															
8-Número da Carteira 002020253193590000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Válida da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAYRA GRACIA BERROCAL DE SOUZA MELO															
14-Teléfono 11/05/1980															
15-Nome do titular do plano NAYRA GRACIA BERROCAL DE SOUZA MELO															
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento															
17-Endereço e RN N				18-Número no CRO 123201				19-LF SP				20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNU / CDF 35526574873				22-Nome do Contratado Beneficiário MARIANA GIORANDO PANICO				23-Número no CRO 123201				24-LF SP		25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Consultor MARIANA GIORANDO PANICO															
27-Número no CRO 123201															
28-LF SP															
29-Código CBO S															
30-Endereço do Contratado Beneficiário															
31-Código do Procedimento 00081000065															
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA															
33-Cidade/Região 11															
34-Face 1															
35-Classe 1															
36-Quantidade US 34100															
37-Valor 1010															
38-Franquia/Co-participação RS 12012121															
39-Aut 1															
40-Data de Realização 20120121															
41-Motivo da Classe 42-Assinatura Nayra															
42-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
43-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
44-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
45-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
46-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
47-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
48-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
49-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
50-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
51-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
52-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
53-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
54-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
55-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
56-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
57-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
58-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
59-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
60-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
61-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
62-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
63-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
64-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
65-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
66-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
67-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
68-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
69-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
70-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
71-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
72-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
73-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
74-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
75-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
76-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
77-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1010 12012121 Nayra															
78-00081000065 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 11 36100 1															



476668
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia (13/10/21)	3-Data de Autorização (18/10/21)	4-Senha AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 8298281	6-Data Validade da Senha (14/11/21)						
Dados do Beneficiário											
8-Numero do Cartão 00202531935900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome LUIZA GRACIA MELO		14-Telefone (11) - - - - -	15-Nome do titular do plano NAYRA GRACIA BERROCAL DE SOUZA MELO								
Data do Contrato Renovação pelo Titular 19/08/2010											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Afastamento e R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Numero no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa						
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 355526574873	22-Nome do Contratado Encarregado MARIANA GIORDANO PANICO	23-Numero no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CHES							
26-Nome do Profissional Executor MARIANA GIORDANO PANICO	27-Numero no CRO 123201	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 / Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	0018100000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				341000	011000	181261081120			Mariana
2	0018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			35000	011000	181261081120			Mariana
3	0018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			35000	011000	181261081120			Mariana
4	0018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			35000	011000	181261081120			Mariana
5	0018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			35000	011000	181261081120			Mariana
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento 20101212											
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 1174100											
47-Valor Total R\$ 10100											
48-Total Franquia / Coparticipação R\$											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), 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: 20101212 Mariana Giordano Panico
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 20101212 Mariana Giordano Panico
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20101212 Mariana
 53-Data, local e Cessão de Empresa: 20101212 Mariana
 Dra. Mariana Giordano Panico
 Cirurgiã Dentista
 CRO/SP: 123201



476675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/10 12/11/21	4-Dia de Autorização 11/8/10 12/11/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Original 8298289	7-Dia Validade da Guia 11/4/10 5/11/21
--------------------------	--	--	-----------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

9-Nome de Carteira GUSTAVO GRACIA MELO		14-Telefone 28/04/2008	15-Nome do titular do plano NAYRA GRACIA BERROCAL DE SOUZA MELO
---	--	---------------------------	--

Dados do Contratado/Prestador de Serviços		16-Acadêmico e RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---	--	-------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 315526574873111		22-Nome do Contratado/Encarregado MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Encarregado MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S
--	--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
---	--	--	--	--	--

35-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Medico de Classe 43-Assinatura
1	010810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/02/10 12/11/21	Nayra
2	010840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00			15/02/10 12/11/21	Nayra
3	010840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00			15/02/10 12/11/21	Nayra
4	010840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00			15/02/10 12/11/21	Nayra
5	010840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00			15/02/10 12/11/21	Nayra
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 20/02/12	44-Tipo de Anestésico 1-1-Tratamento Odontológico 2-Estudo Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117,40	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 anotar em meus cartões previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a anotar em meus cartões conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Dia, local e Assinatura do Contratado/Encarregado 20/02/12 Nayra	51-Dia, local e Assinatura do Contratado/Encarregado 20/02/12 Nayra	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/02/12 Nayra	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 20/02/12	Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgiã Dentista CRO/SP: 123201
--	--	--	--	---

481542
INTERCÂMBIO

Debitos do Contribuinte Registrado pelo Titular										YANESSA RUEELLE																									
16-Alcance de RH N						17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO						18-Número no CRO 123201						19-LF SP						20-Código CRO S						025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora CNPJ / CPF [3][5][5][2][2][6][5][7][4][8][7][3]						22-Nome do Contrato Enunciado MARIANA GIORDANO PANICO						23-Número no CRO 123201						24-LF SP						25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Enunciado MARIANA GIORDANO PANICO												27-Número no CRO 123201						28-LF SP						29-Código CRO S											

10-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Clin	36-Quantidade LES	37-Valor	38-Franquia-Cop-participação RB	39-Aut	40-Cota de Realização	41-Mais de Classe	42-Importantes
1	001821000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26			73100	0109			81010312		10000
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												

43-Data Previsão Término de Tratamento 04/10/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Falamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7300	47-Valor Total R\$ 0000	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 no 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 e Ordeno 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-Observations

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/10/2012

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/10/2012

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
10/10/2012

53 Data, local e Carimbo da Empresa
09/10/2012



Dra. Mariana Giordano Panico
Chirurgia Dentista
CRO/SP: 123201



491444
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 04/03/21	4-Dia de Autorização 11/03/21	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8357659	7-Dia Válido de Série 02/06/21
---------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

8-Número da Carteira 00202025335287000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Válido da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VANESSA RODELLE	14-Telefone 0110/1979	15-Nome do titular do plano VANESSA RODELLE
----------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RLS N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora (CHP) / CPF 35526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO 8
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabes	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação RLS	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Método de Cios	42-Assinatura
1-0018100000651		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/02/21		
2-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/03/21		
3-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/03/21		
4-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/03/21		
5-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/03/21		
6-0018530000471												
7-0018530000471												
8-0018530000471												
9-0018530000471												
10-0018530000471												
11-0018530000471												
12-0018530000471												
13-0018530000471												
14-0018530000471												
15-0018530000471												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 02/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total RLS 0,00	48-Total Faturado / Co-participação RLS /
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	--

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 obrigações 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), foram realizados 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.

Assinatura

49-Dia, local e Assinatura do Cuidado-Dono ou Beneficiário 02/03/21 Mariana Giordano Panico	50-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/03/21 Mariana Giordano Panico	51-Dia, local e Assinatura do Cuidado de Empresa 02/03/21 Mariana Giordano Panico
--	--	--

Dra. Mariana Giordano Panico
Enfermeira Dentista
CRO/SP: 123201

2.44



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 06/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8363012	7-Casa Válida da Sentença 04/06/21	492990 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

9-Numero da Carteira	00202531190700000105	10-Endereço	POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	----------------------	-------------	---------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE DA SILVA VIEIRA	03/07/2016	LOIDE RITA PIZANI

Deriv do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH: N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número na CRO 123201	19-UF SP	20-Código CRO § 025 -
---------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF		22-Nome do Contratado/Executante		23-Número na CRO		24-UF		25-Código CNES		Faturar Empresa	
35526574873		MARIANA GIORDANO PANICO		123201		SP					

26-Nome do Profissional Escriturante MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S
--	-----------------------------------	--------------------	-----------------

Plan de Traitement / Proces-Verbaux Soins-Soignés

30-Tabete	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1:00	0185110011961	RESTAURAÇÃO RESINA	51	1	1	610,00	0,00					

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

5- _____

6-1

7-1

[illegible]

Figure 1: Schematic representation of the experimental design. The figure shows two horizontal timelines. The top timeline is labeled '9-1' and the bottom timeline is labeled '10'. Both timelines show a sequence of vertical bars representing trials. The top timeline has a gap in the middle, while the bottom timeline is continuous. The bars are grouped into blocks, with some blocks being shaded gray.

"

[illegible][illegible]

Assinatura (Assinatura do Tratamento)	Endereço do Paciente	☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência ☐ 1-Total 2-Parcial	6 1 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
---------------------------------------	----------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------------

Assinatura, mas antes ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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

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.

Giordano Panico

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/11/1993/12/13
Dra. Mariana Giordano Parico
Cirurgiã Dentista
CRM-223201

Dr. Maria Clara
Cirurgiã
CRO/SP: 123201

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

496773
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	1-Data de Emissão da Guia (1/3/10/3/1/2/1)	2-Data de Autorização (1/6/11/0/3/1/2/1)	3-Data AUTORIZADO	4-Número da Guia Principal 8378050	5-Data Válida da Senta (0/9/10/6/1/2/1)
6-Endereço do Beneficiário 0 0 2 0 2 5 3 6 1 1 9 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1 1		7-Endereço do Prestador POS REDE PRESTADORA	8-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	9-Data Válida da Carteira / / / / / /	10-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Nome MARILSO CARLOS RODRIGUES		12-Data de Nascimento 19/03/1972	13-Endereço do Beneficiário (/ /) (/ /) (/ /)	14-Nome do Beneficiário MARILSO CARLOS RODRIGUES	
15-Data de Nascimento do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO					
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código em Operadora / CNPJ / CPF (3/5/2/6/5/7/4/8/7/3/1/1)		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CRO S
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CRO S	

30-Tipo de Tratamento / Procedimento Solicitado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Registo	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão de Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0	0 0 1 0 0			5/11/03/12/1	
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0			5/11/03/12/1	
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0			5/11/03/12/1	
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0			5/11/03/12/1	
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0			5/11/03/12/1	
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											
42-Data Prevista Término de Tratamento 01/03/2011	43-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 1 7 8 1 0 0	46-Valor Total R\$ 0 0 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 1 0 0	48-Total Franquias / Co-participação R\$					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não procedem(x) descrição(s) acima, e por mim assinado(s), tornarem-se(m) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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 acatar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgiã Dentista CRO/SP - 123201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgiã Dentista CRO/SP - 123201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARILSO CARLOS RODRIGUES	53-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgiã Dentista CRO/SP - 123201
---	---	---	---

504710
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Trabalho										025 -	
16-Alimentação e RN N		17-Alcance do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO		18-Alcance no CBO 23201		19-LF SP		20-Código CBO S		Fatura Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 355526574873111		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO		23-Alcance no CBO 12301		24-LF SP		25-Código CNEB			
26-Alcance do Profissional Executante 355526574873111				27-Alcance no CBO 12301		28-LF SP		29-Código CBO S			

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/03/2021	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 427,00	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 apresentado, 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

01-Data, local e Assinatura do Coordenador Geral do Curso	02-Data, local e Assinatura do Coordenador de Curso	03-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	04-Data, local e Carimbo de Empresa
30/01/2013 Dr. Nelson de Almeida CNPJ: 123201	30/01/2013 Mariana de Almeida CNPJ: 123201	30/01/2013 João de Almeida CNPJ: 123201	30/01/2013 Dr. Nelson de Almeida CNPJ: 123201



504720-
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Carte de Emenda de Guia (2 0 1 0 3 1 2 1)	3-Data de Autuação (2 3 1 0 3 1 2 1)	4-Série AUTORIZADO	5-Numero de Guia Principal 8405932	6-Data Válidade de Ficha (1 8 1 0 6 1 2 1)
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO		8-Numero da Carteira (0 0 2 0 2 5 3 6 1 9 5 4 0 0 0 0 1 0 1)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira () / () / ()	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILSO CARLOS RODRIGUES		14-Telefone () () () - () () ()		15-Nome do titular do plano MARILSO CARLOS RODRIGUES		

Outras do Contrato Vinculadas pelo Tratamento					
16-Academista e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Numero no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF (3 5 5 2 6 5 7 4 8 7 3)	22-Nome do Contratado Exatocentral MARIANA GIORDANO PANICO	23-Numero no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Encarregado MARIANA GIORDANO PANICO		27-Numero no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabas	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento
1	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	24	1	1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	()	()	()	()
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Prescrição Termino do Tratamento (0 0 0 3 1 2 1)	43-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortopedia 4 - Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	45-Total Quantidade US () 7 3 1 0 0	46-Valor Total R\$ () 0 1 0 0	47-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), 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.

48-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (0 0 0 3 1 2 1) Dra. Mariana Giordano Panico CRO/SP - 123201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (0 0 0 3 1 2 1) Dra. Mariana Giordano Panico CRO/SP - 123201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (0 0 0 3 1 2 1) () () () CRO/SP - 123201	53-Data, local e Cambio de Empresa (0 0 0 3 1 2 1) Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgião Dentista CRO/SP - 123201
--	--	---	---