

Código CAD	Conta do Corrente em Conta	Conta de Autocrédito	Serviço	R. Número da Conta Principal	Conta Juro e de Serviço
457075 INTERCÂMBIO	119/1011211	119/1012111	AUTORIZADO	8210160	119/10141211

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

has na ~~fig~~ ps peculmuntis que faltet ppora

[illegible]

1005912612

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300828	7-Data Vencimento da Guia 11/05/2012
8-Número da Carteira 101021021531221049000000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 477504 INTERCÂMBIO

13-Nome LUCIANE NEVES SANTOS	14-Telefone () - - - - -	11-Data Vencimento da Carteira / /	12-Nome do Cartão Nacional de Saúde LUCIANE NEVES SANTOS
15-Data de Realização 14/08/1980			

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 na Operadora / CNPJ / CPF 13145131768118371	22-Nome do Consultório Execlutante AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Execlutante AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S (1) 85100200	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Tipo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Signatura
1-10	10	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PD	1	8,80	10,00					
2-10	10	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,80	10,00					
3-10	10	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	8,80	10,00					
4-10	10	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8,80	10,00					
5-10	10	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	8,80	10,00					
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-Data Prevista Término do Tratamento 25/11/2012	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 44,40	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

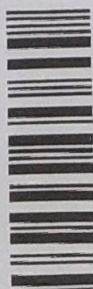
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

50-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Cópia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Cópia local e Assinatura do Empregador Dentista

Assinatura: Amanda Suane da Silva

24N

494454
INTERCÂMBIO14/08/1980

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Número no CRC
122642

23-Número no
122642

27-Número no CRC
122642

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Bolço	34- Fases	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Coparticipação R\$	39- At.	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	-----------------	-----------	---------	-------------------	-----------	---------------------------------	---------	------------------------	---------------------	----------------

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

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

[illegible][illegible][illegible]

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

[illegible][illegible]

133

[illegible]A blank sheet of music paper featuring five horizontal staves. Each staff consists of five parallel lines. The paper is otherwise empty, with no notes or markings.

Item	Descrição	Valor
45	Tipo de Enlaxamento	
46	Total Quantificável US	
47	Valor Total R\$	
48	Total Enxada / Docatificado R\$	

[illegible]

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

[illegible]

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

19-Dissimetrico

[illegible]

51-Diretor local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
52-Diretor local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Diretor local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

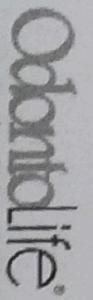
A hand-drawn diagram of a cell. It shows a rectangular cell with a thick outer boundary labeled 'cell wall' and a thinner inner boundary labeled 'cell membrane'. Inside the cell, there is a large, dark, oval-shaped structure labeled 'nucleus'. The space between the nucleus and the cell membrane is labeled 'cytoplasm'.

100

246

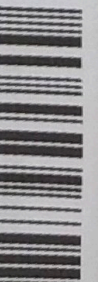


Dr. Frank Sawyer, Jr.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	3-Data de Autorização 11/10/2012	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8371296	6-Data Válida da Guia 10/17/10/12	7-Data Válida da Guia 10/17/10/12	8-Data Válida da Guia 495143 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

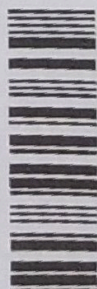
9-Número da Carteira 101021021510151016101715161013	10-Paciente POS REDE PRESTADORA	11-Data Válida da Carteira 16/12/2012	12-Data Válida da Carteira 16/12/2012	13-Nome OTAVIO COELHO PASTANA DA SILVA	14-Data Válida da Carteira 16/12/2012	15-Nome do titular do plano JOYCE COELHO DA SILVA	16-Data Válida da Carteira 16/12/2012
--	------------------------------------	--	--	---	--	--	--

17-Atendimento a SN AMANDA SUANES DA SILVA	18-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	19-Número no CRO 122642	20-UF SP	21-Código de Operador / CNPQ / CPF 131415131716181181317	22-Nome do Consultório Exequente AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CRO 122642	24-UF SP	25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200 (0) 85100200
---	---	----------------------------	-------------	---	--	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Exequente AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CRO 122642	28-UF SP	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200 (0) 85100200	30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Denominacao	34-Cao	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Corpo/Seção/RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0101815110101210101	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OM	1	1	181810101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
2-0101815110101210101	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	1	181810101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
3-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
4-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
5-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
6-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
7-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
8-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
9-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
10-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
11-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
12-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
13-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
14-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
15-010181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	1	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101

43-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Atendimento Emergencial	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1213171010	47-Valor Total RS 10101010	48-Total Faturado / Participação RS 10101010
--	---	---	--------------------------------------	-------------------------------	---

49-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	50-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	51-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	52-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	53-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	54-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	55-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	56-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	57-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	58-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	59-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	60-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	61-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	62-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	63-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	64-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	65-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	66-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	67-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	68-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	69-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	70-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	71-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	72-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	73-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	74-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	75-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	76-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	77-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	78-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	79-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	80-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	81-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	82-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	83-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	84-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	85-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	86-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	87-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	88-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	89-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	90-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	91-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	92-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	93-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	94-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	95-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	96-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	97-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	98-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	99-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012	100-Data e Assinatura do Paciente/Donatário Solicitante 15/10/2012
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

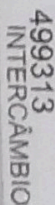
2-N²496879
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de SaúdeVANDERLEI APARECIDO BARBOSADados do Controlado Responsável pelo Tratamento025 - Faturar Empresa25-Código CNES122642Plano de Tratamiento / Procedimientos Solidarios45-Tipo de Faturamento

1

45-Observation

52-Data, Local e Assistenza

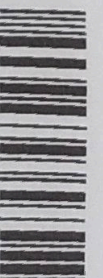
CRISP 122.642



CR01SP 122.642

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/07/2013

4-Data de Autenticação
12/03/2013

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8396785

7-Data Validação da Guia
15/08/2013

501943
INTERCÂMBIO

8-Data de Beneficiário

9-Número da Carteira
1010210215131518121410101010110121

10-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Data Validade da Carteira
11/11/11

13-Número do Cartão Nacional do Saúde

14-Nome
ROSELAINE MARIA DA SILVA

15/08/1982

16-Nome do titular do plano
FAUSTO ROSA PASSOS

17-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN
N

19-Nome do Profissional Solicitante
AMANDA SUANES DA SILVA

20-Número no CRO
122642

21-UF
SP

22-Código CBO S
025 -

23-UF
SP

24-Código CNES
Faturar Empresa

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13141513171618111813171111

26-Nome do Contratado Especialista
AMANDA SUANES DA SILVA

27-Número no CRO
122642

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Nome do Profissional Especialista
AMANDA SUANES DA SILVA

31-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Quantidade US
31410101

34-Frango

35-Qtde

36-Quantidade US
31410101

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$
S123103112111

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Causa 42-Assinatura

1-0101811010101651	CONSULTA ODONTOLÓGICA	31410101	S123103112111	Roseleine
2-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
3-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
4-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
5-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
6-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
7-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
8-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
9-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
10-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
11-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
12-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
13-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
14-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine
15-01018153101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	31610101	S123103112111	Roseleine

43-Data de Realização do Tratamento

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
117810101

47-Valor Total R\$
010101

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 Consultado-Dentista Solicitante

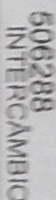
51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional

學之

[illegible]

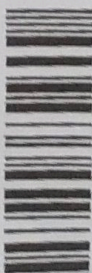
SEDE: Rua Brasil e Avenida do Comércio - Dentista: Dr. Flávio

51-papa, Decal e Assinatura do Cirurgião-Dentista

[illegible]

2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Região ANS 408414	3-Dados de Emissão da Guia 24/11/03/211	4-Data de Autorização 27/11/03/211	5-Data AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8419807	7-Data Validação da Guia 22/11/03/211
------------------------	--	---------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Nome da Clínica 1010210215110510610641051011	9-Ponto POS REDE PRESTADORA	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação da Clínica 11/11/11	12-Endereço do Cartão Nacional do Saúde
---	--------------------------------	---	--	---

13-Nome ANA MARIA ROCHA	14-Telefone 07/01/1970	15-Sigla do Estado ANA MARIA ROCHA
----------------------------	---------------------------	---------------------------------------

16-Identificação e RN AMANDA SUANES DA SILVA	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA	18-Número no CPO 122642	19-UF SP	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
---	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / DNP / CPF 34537681837111	22-Nome do Contratado Especialista AMANDA SUANES DA SILVA	23-Número no CPO 122642	24-UF SP	25-Código CBO 3 122642
--	--	----------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Especialista AMANDA SUANES DA SILVA	27-Número no CPO 122642	28-UF SP	29-Código CBO 3 122642
--	----------------------------	-------------	---------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Tipo	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francela/Contraprestação 33	39-A-1	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica/Endereço
1-10	018101010651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	10	10,10			
2-10	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	10	10,10			
3-10	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	10	10,10			
4-10	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,10	10	10,10			
5-10	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,10	10	10,10			
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
42-Total	2103										
43-Tipo de Faturamento											
44-Tipo de Faturamento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Tipo de Faturamento											
47-Valor Total R\$											
48-Total Faturado / Contraprestação R\$											

Declaro, que após ter sido devidamente estabelecido sobre as condições, naturezas, 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 atuar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) por mim solicitado(s), conforme 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 guia, os valores relativos ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

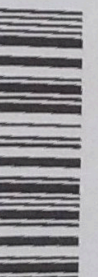
Assinatura

49-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 27/11/03/211	50-Data, local e Assinatura do Contratado Especialista 27/11/03/211	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 27/11/03/211	52-Data, local e Assinatura da Empresa 27/11/03/211
---	--	---	--

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 27/11/03/211	54-Data, local e Assinatura da Empresa 27/11/03/211
---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/06/10 4-Data de AutORIZAÇÃO 13/11/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8426427 7-Data Validação da Guia 12/14/10 8-Data Validação da Guia 12/11/10 509390 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Data Validação da Carteira 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome STEPHANY RHANY GOULART 14-Telefone 15-Nome do Titular do Plano VANIA SHEILA DOS SANTOS GOULART

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SUANES DA SILVA 18-Número no CRO 122642 19-UF SP 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 13/14/53/76/81/83/71 22-Nome do Contratado Executante AMANDA SUANES DA SILVA 23-Número no CRO 122642 24-UF SP 25-Código CNES 229-Código CBO 3

26-Nome do Profissional Executante AMANDA SUANES DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Orçamento R\$	39-A.U.	40-Dia da Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-	10	018110001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00		13/11/10		Stephany Rhany Goulart
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista do Tratamento 21/10/2011

44-1-Tipo de Alimentação 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,10

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/10 21/11/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/10 21/11/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/10 21/11/10

53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/10 21/11/10

54-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/10 21/11/10

CRO/SP 122.642