



1-Registro ANS 4064 14 3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 9/12/11 4-Data de Autorização 12/05/10 9/12/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9105225 7-Data Validade da Semeta 12/04/11 12/12/11

718658
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 5/4/02 4/6/4/0 0/0/0 0/1/0 2/10/2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Contrato Nacional de Saúde 13-Nome JULIA MARQUES FERREIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VICTORIA MARQUES CELERINO DA SILVA 16-Atendimento a PN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/05/07/04/2/6/8/0/0 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-DeinetoRegito 34-Face 35-Cnd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação US 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento 5/10/10 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial 46-Taxa Quantidade US 1305,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Taxa Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DeinetoRegito	34-Face	35-Cnd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação US	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	161,00	0	1	11/11/11	2799,21	188
2	00	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	161,00	0	1	11/11/11	2799,21	188
3	00	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	161,00	0	1	11/11/11	510,21	188
4	00	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	161,00	0	1	11/11/11	510,21	188
5	00	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	161,00	0	1	11/11/11	510,21	188
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 c(s) procediment(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, assinasse, de acordo, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 5/10/10 51-Data local e Assinatura do Contratado-Dentista 5/10/10 52-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 53-Data local e Contribuição Empresa 5/10/10 54-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 55-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 56-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 57-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 58-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 59-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 60-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 61-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 62-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 63-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 64-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 65-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 66-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 67-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 68-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 69-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 70-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 71-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 72-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 73-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 74-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 75-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 76-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 77-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 78-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 79-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 80-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 81-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 82-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 83-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 84-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 85-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 86-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 87-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 88-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 89-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 90-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 91-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 92-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 93-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 94-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 95-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 96-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 97-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 98-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 99-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10 100-Data local e Assinatura do Beneficiário- Responsável 5/10/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 9/12/11	4-Data de Autorização 11/4/10 9/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9050155	7-Data Validade da Sentença 11/2/11 12/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002025110550601996801	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 ALESSANDRO JORGE GONCALVES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO JORGE GONCALVES
---------------------------------------	------------------------------	---

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1250710426800	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	27-Número no CRO 55391	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	0,10					
2	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,10	0,10					
3	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,10	0,10					
4	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,10	0,10					
5	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,10	0,10					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 8/1/10/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,10	47-Valor Total R\$ 0,10	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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 8/1/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 8/1/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 8/1/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 8/1/10/21
--	--	--	--

Empresário: ALESSANDRO JORGE GONCALVES

Empresário: ALESSANDRO JORGE GONCALVES