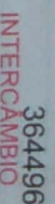


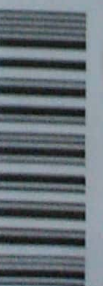
2



364496
INTERCAMBIO

que assimila esse documento, o

10



355955
INTERCÁMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



358357
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 8/12/10 4-Data de Autorização 11/9/10 8/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Original 7794069 7-Data Validade da Senha 11/5/11 11/12/10

8-Número da Carteira 10/02/2015 3111272100000101011 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome DANIELE APARECIDA DA SILVA 04/03/1983 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano DANIELE APARECIDA DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA 18-Número no CNO 28089 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNO / CPE 14131017521616911 22-Nome do Contrato Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA 23-Número no CNO 28089 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Prestador Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA 27-Número no CNO 28089 28-UF SP 29-Código CBO S

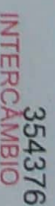
20-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regijo	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	01810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0		1	19/08/2011		
2-00	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0		1	19/08/2011		
3-00	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0		1	19/08/2011		
4-00	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0		1	19/08/2011		
5-00	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0		1	19/08/2011		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Fim do Tratamento 19/08/2011 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 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2011 53-Data, local e Contorno da Empresa

[illegible]

244

[illegible]



340682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017 4-Data de Autorização 12/11/2017 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7711773 7-Data Validade de Semina 14/11/2017

8-Número da Carteira 1010215110510601144514021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NORBERTO FLORIANO DO PRADO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano IARA AHI DA SILVA PRADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RV 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA 18-Número no CRO 28089 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141130751261911 22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA 23-Número no CRO 28089 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA 27-Número no CRO 28089 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-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-000	81010421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	10,00			11/06/2017		
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	10,00			11/06/2017		
3-000												
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Tempo do Tratamento 08/10/2017 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 75100 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Totál 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Lucia Maria O. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.069

2-N⁺

317400
INTERCÂMBIO

concluida

50-Dado, local e Assinatura do Cientista/Químico	51-Dado, local e Assinatura do Cientista/Químico	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Dado, local e Caimbo da Empresa
14/11/2011 2011/11/11 Dr. Lúcia Maria Pereira	14/11/2011 2011/11/11 Dr. Lúcia Maria Pereira	14/11/2011 2011/11/11 Dr. Lúcia Maria Pereira	14/11/2011 2011/11/11 Dr. Lúcia Maria Pereira



330743
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414 3-Dia de Emissão da Guia 12/6/10 6/12/10 4-Data de Autorização 01/11/07 12/10 5-Senha AUTORIZADO 766594 6-Número da Guia Principal 7-Data Validação da Guia 12/4/10 19/12/10

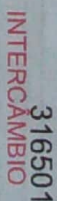
8-Endereço do Beneficiário 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Endereço do Beneficiário 13-Endereço do Beneficiário 14-Endereço do Beneficiário 15-Endereço do Beneficiário 16-Endereço do Beneficiário 17-Endereço do Beneficiário 18-Endereço do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

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

30-Tipo de Tratamento	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Valor	35-Quantidade US	36-Valor	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Valor	40-Data de Realização	41-Valor de Despesa	42-Valor de Despesa
1-0	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	13,40	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-0	2	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,60	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-0	3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,60	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-0	4	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,60	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-0	5	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,60	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6-0	6	RX PERIAPICAL	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
7-0	7											
8-0	8											
9-0	9											
10-0	10											
11-0	11											
12-0	12											
13-0	13											
14-0	14											
15-0	15											

50-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/08 11/20 51-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/08 11/20 52-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/08 11/20 53-Data Real e Assinatura da Empresa 01/11/08 11/20

2-N-

Dados do BeneficiárioALEXANDRE DE JESUS RODRIGUES

13-Nome	09/03/2002
ALEXANDRE DE JESUS RODRIGUES	

14-Telephone () 8 8 4 4 - 9 0 8 7

15-Nome do titular do plano
ANDRESA PINNA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA
---------------------------	--

[illegible]

26-Nome do Profissional Excutante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquilha-Copropriedade R\$	39-Aut	40-Diata de Realização	41-Movto de Glosa	42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	-----------	---------------------------------	--------	------------------------	-------------------	---------------

[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
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]

6	0	0	8	5	1	0	0	2	1	8
RESTAURAÇÃO RESINA										
			15	MOD		1	1		2	2
							0	0	0	0
							0	0	0	0
							S	28	/	07/11/20
							X			

7	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0
RESTAURAÇÃO RESINA										
25	OD	1	8	8	0	0	0	0	0	
S 04/08/20										
X										

[illegible][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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

	0	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523</
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

[illegible]

acelerar, que antes ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, pelo(a) autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a seguir com os custos previstos.

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 honorários de acordo com o valor estabelecido no contrato.

Imagens unedadas no ptem/ntato de beneficiarios.

1. $\frac{1}{2}$

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Contributo da Empresa

[illegible]

Imagens evocadas no parentesco de beneficiários.

Dra. Lucia Maria G. Pe
Cirurgia Dentista
CRO SP 28.089

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



352179
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/06/10 8/12/10 4-Data de Autorização 11/11/08 12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7766058 7-Data Validade da Senha 10/04/11 11/12/10

8-Número da Carteira 10/02/10 2/12/10 5/10/10 6/00/10 6/46/30 11/11 13-Nome SONIA REGINA RODRIGUES SILVA 14-Plano POS REDE PRESTADORA 15-Telefone 30/08/1960 16-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 17-Data Validade da Carteira 18-Nome do titular do plano SONIA REGINA RODRIGUES SILVA 19-Número do Cartão Nacional de Saúde

20-Data Prevista Término do Tratamento 21-Tipo de Atendimento 22-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Coparticipação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Doença 42-Assinatura 23-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26-Data local e Carimbo da Empresa 27-Data local e Carimbo da Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-0	01	8	5	1	0	2	1	8				
2-0	01	8	1	0	0	4	2	1				
3-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
4-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
5-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
6-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
7-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
8-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
9-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
10-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
11-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
12-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
13-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
14-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			
15-0	01	8	5	1	0	0	1	9	6			

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 46-Tipo de Tratamento 47-Tipo de Tratamento 48-Tipo de Tratamento 49-Tipo de Tratamento 50-Tipo de Tratamento 51-Tipo de Tratamento 52-Tipo de Tratamento 53-Tipo de Tratamento 54-Tipo de Tratamento 55-Tipo de Tratamento 56-Tipo de Tratamento 57-Tipo de Tratamento 58-Tipo de Tratamento 59-Tipo de Tratamento 60-Tipo de Tratamento 61-Tipo de Tratamento 62-Tipo de Tratamento 63-Tipo de Tratamento 64-Tipo de Tratamento 65-Tipo de Tratamento 66-Tipo de Tratamento 67-Tipo de Tratamento 68-Tipo de Tratamento 69-Tipo de Tratamento 70-Tipo de Tratamento 71-Tipo de Tratamento 72-Tipo de Tratamento 73-Tipo de Tratamento 74-Tipo de Tratamento 75-Tipo de Tratamento 76-Tipo de Tratamento 77-Tipo de Tratamento 78-Tipo de Tratamento 79-Tipo de Tratamento 80-Tipo de Tratamento 81-Tipo de Tratamento 82-Tipo de Tratamento 83-Tipo de Tratamento 84-Tipo de Tratamento 85-Tipo de Tratamento 86-Tipo de Tratamento 87-Tipo de Tratamento 88-Tipo de Tratamento 89-Tipo de Tratamento 90-Tipo de Tratamento 91-Tipo de Tratamento 92-Tipo de Tratamento 93-Tipo de Tratamento 94-Tipo de Tratamento 95-Tipo de Tratamento 96-Tipo de Tratamento 97-Tipo de Tratamento 98-Tipo de Tratamento 99-Tipo de Tratamento 100-Tipo de Tratamento

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro AHS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/01/2012 4-Data de Autorização 10/12/2012 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7749688 7-Data Validade da Serinha 12/12/2012 8-Número da Guia Principal 7749688 9-Data Validade da Serinha 12/12/2012

348774
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome do Beneficiário VANDA GOMES DO CARMO GONCALVES

9-Endereço POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Serinha

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANDA GOMES DO CARMO GONCALVES

14-Idade 18/05/1966

15-Data Validade da Serinha

16-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

18-Número no CRO 28089

19-UF SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14.113.075/2661911

22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

23-Número no CRO 28089

24-UF SP

25-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

26-Número no CRO 28089

27-UF SP

28-Código CBO S

29-Código CNES

30-Data de Realização 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200166-35

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0185200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	258100	0,00				20/08/2012		
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	01	6100	0,00				27/08/2012		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Realizado Tempo do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

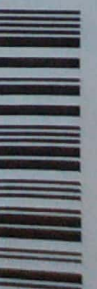
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cópia da Empresa

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.069



333264
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 4-Data de Autorização 10/13/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7678697 7-Data Validade da Sentença 13/01/10 8-Data Validade da Sentença 12/10/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/01/2010 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome RALF PRADO BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a R# 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14/13/07/5126191

22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Cóp-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	34	D	1	6 1 1 0 1 0	0,10	0,10	1	12/10/2010	1	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	44	D	1	6 1 1 0 1 0	0,10	0,10	1	12/10/2010	1	
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	15	OD	1	8 8 1 0 1 0	0,10	0,10	1	12/10/2010	1	
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RIS	1	1	1 4 1 0 1 0	0,10	0,10	1	12/10/2010	1	
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/10/2010

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 224,00

47-Valor Total R\$ 0,10

48-Total Franchisa / Cóp-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.089

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: CENTER LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 28308533000154 (CENTER LIFE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 28089/SP

Cirurgião Dentista: (15290) - LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
316501 - I	ALEXANDRE DE JESUS RODRIGUES (00202510550601671702)		25/05/2020	388	0.35	R\$ 135,80
317400 - I	MARIA SOFIA BASTOS SANTANA (00202522597200009803)		27/05/2020	302	0.35	R\$ 105,70
330743 - I	SINORA DA SILVA BEZERRA VICENTE (00202530173800000101)		26/06/2020	192	0.35	R\$ 67,20
333264 - I	RALF PRADO BORGES (00202510550601783702)		02/07/2020	224	0.35	R\$ 78,40
340682 - I	NORBERTO FLORIANO DO PRADO (00202510550601445402)		16/07/2020	75	0.35	R\$ 26,25
348774 - I	VANDA GOMES DO CARMO GONCALVES (00202510550600726501)		30/07/2020	319	0.35	R\$ 111,65
351485 - I	THAIS ALCANTARA DE MORAES RODRIGUES (00202508835000148302)		05/08/2020	178	0.35	R\$ 62,30
352179 - I	SONIA REGINA RODRIGUES SILVA (00202510550600646301)		06/08/2020	197	0.35	R\$ 68,95
354376 - I	MARIA SOFIA BASTOS SANTANA (00202522597200009803)		10/08/2020	146	0.35	R\$ 51,10
355955 - I	RODOLFO APARECIDO SILVA (00202510550600646303)		12/08/2020	88	0.35	R\$ 30,80
358357 - I	DANIELE APARECIDA DA SILVA (00202531127200000101)		17/08/2020	178	0.35	R\$ 62,30
364496 - I	ANA CAROLINA RODRIGUES DE SOUZA (00202510550601432902)		26/08/2020	48	0.35	R\$ 16,80

Totalizador

N° de USOs: 2335
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 817,25

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2335
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 817,25

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2335
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 817,25

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/09/2020 16:40

Página 1 de 1