



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



835235
INTERCÂMBIO

1.º Registro ANS

406414

3.º Data de Emissão da Guia

11/11/2017

4.º Data de Autorização

11/11/2017

5.º Sanha

AUTORIZADO

6.º Número da Guia Principal

9453485

7.º Data Validade da Sanha

11/11/2017

8.º Número do Cartão Nacional de Saúde

11/11/2017

Dados do Beneficiário

8.º Número da Carteira

0002025105506008755011

9.º Plano

POS REDE PRESTADORA

10.º Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11.º Telefone

(11) 416910662

12.º Nome do titular do plano

MAGDA DA CUNHA FIGUEIREDO

13.º Nome

MAGDA DA CUNHA FIGUEIREDO

14.º Data de Realização

07/08/1981

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16.º Atendimento a RN

N

17.º Nome do Profissional Solicitante

ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

18.º Número no CRO

109393

19.º UF

SP

20.º Código CBO S

025 -

21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF

41866458841

22.º Nome do Contratado Executante

ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

23.º Número no CRO

109393

24.º UF

SP

25.º Código CNES

109393

26.º Nome do Profissional Executante

ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

27.º Número no CRO

109393

28.º UF

SP

29.º Código CBO S

025 -

26.º Nome do Profissional Executante

ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Tabela

31.º Código do Procedimento

1008100030

32.º Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33.º Dente/Região

1

34.º Face

1

35.º Qtd

1

36.º Quantidade US

34,00

37.º Valor

0,00

38.º Franquia/Co-participação R\$

0,00

39.º Aut

S

40.º Data de Realização

27 JAN 2017

41.º Motivo da Guisa

42.º Assinatura

43.º Data de Término do Tratamento

11 JAN 2017

44.º Tipo de Atendimento

1 - Tratamento Odontológico

2 - Exame Radiológico

3 - Ortodontia

4 - Urgência/Emergência

45.º Tipo de Faturamento

1 - Total

2 - Parcial

46.º Total Quantidade US

34,00

47.º Valor Total R\$

0,00

48.º Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

49.º Observação

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

11 JAN 2017

51.º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11 JAN 2017

52.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11 JAN 2017

53.º Data, local e Assinatura da Empresa

11 JAN 2017



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



831832
INTERCÂMBIO

1-Identificação ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 07/1/01/212 3-Data de Autorização 07/1/01/212 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 9444167 6-Data Validade da Sentença 07/1/04/1212 7-Data Validade da Guia 07/1/04/1212

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254377510000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome WILLIAM WALLACE MOTA SANTOS

15/11/2003

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MICHELE MANOEL DA PAIXAO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

21-Código na Operadora / ONJ / CPF 141866458841 22-Nome do Contratado / Exclamante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

26-Nome do Profissional Exclamante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

27-Número no CNO 109393

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Guia	42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10 JAN 2012		Michele Paixao
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10 JAN 2012		Michele Paixao
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10 JAN 2012		Michele Paixao
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10 JAN 2012		Michele Paixao
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10 JAN 2012		Michele Paixao
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

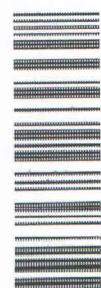
43-Data Prescrição 10 JAN 2012 44-Tipo do Atendimento 1-Tipagem Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Clonagem 4-Duplicata/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quotado US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Frância / Co-participação R\$

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, compreendendo-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), 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 esta declaração, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Emsechater Odontologia Ltda - CNPJ: 10.606.276/0007-52

50-Dados local e Assinatura do Beneficiário Solicitante 10 JAN 2012 Fernando C. 51-Dados local e Assinatura do Contratado/Exclamante 10 JAN 2012 Fernando C. 52-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10 JAN 2012 Michele Paixao 53-Dados local e Assinatura da Empresa 10 JAN 2012



831872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Carte de Emissão da Guia 01/07/10 1/1/212 4-Carte de Autorização 01/07/10 1/1/212 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9444241 7-Data Validade da Guia 01/07/10 4/1/212

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 4 3 7 7 5 1 0 0 0 0 1 0 4 9-Serviço POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 03/04/2010 13-Telefone 14-Nome do titular do plano MICHELE MANOEL DA PAIXAO

15-Nome KARYNE GEOVANNIA MOTA SANTOS 16-Endereço 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CRO 109393 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141186154588411 22-Nome do Contratado Disciplina ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CRO 109393 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 27-Número no CRO 109393 28-UF SP 29-Código CRO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Idade	35-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Jar	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia / 12-Sinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0	0 0 0 0			10 JAN 2012	Michele Manoel da Paixão
2	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3 5 0 0	0 0 0 0			10 JAN 2012	Michele Manoel da Paixão
3	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		3 5 0 0	0 0 0 0			10 JAN 2012	Michele Manoel da Paixão
4	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		3 5 0 0	0 0 0 0			10 JAN 2012	Michele Manoel da Paixão
5	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		3 5 0 0	0 0 0 0			10 JAN 2012	Michele Manoel da Paixão
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Orçamento Tratamento 43-Tipo de Atendimento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Atendimento 46-Tipo de Atendimento 47-Valor Total R\$ 48-Toda Franchisa / Co-participação R\$ 49-Observação

50-Dados Pessoais e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 51-Dados Pessoais e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Dados Pessoais e Assinatura do Beneficiário-Responsável 53-Dados Pessoais e Assinatura do Contratado-Dentista

Empecafel Odontologia Ltda-ME
CNPJ: 10.906.216/0002-52



828538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2012 4-Data de Autorização 10/05/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9436630 7-Data Validade da Semana 10/04/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202543777510000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MICHELE MANOEL DA PAIXAO 14/08/1984 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MICHELE MANOEL DA PAIXAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CRO 109393 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1418618458411 22-Nome do Contratado Exatante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CRO 109393 24-UF SP 25-Código CNEB

26-Nome do Profissional Exatante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 27-Número no CRO 109393 28-UF SP 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	81000030			1	34,00	0,00			10 JAN 2012		
2	00	85300047			1	36,00	0,00			10 JAN 2012		
3	00	85300047			1	36,00	0,00			10 JAN 2012		
4	00	85300047			1	36,00	0,00			10 JAN 2012		
5	00	85300047			1	36,00	0,00			10 JAN 2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição (tamanho do Tratamento) 10 JAN 2012 44-Tipo do Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial 46-Valor Quilote US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme apresentamos, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

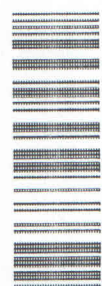
Assinaturas

50-Data, local e Assinatura do Gerente-Dentista Solicitante 10 JAN 2012 Fernando C. 51-Data, local e Assinatura do Gerente-Dentista 10 JAN 2012 Fernando C. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10 JAN 2012 Michelle Paixão 53-Data, local e Assinatura do Responsável 10 JAN 2012



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A



843075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Caixa de Emissão da Guia 1181/01/122	4-Caixa de Autorização 1181/01/122	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9478251	7-Dia Vencido da Guia 1181/01/122
--------------------------	---	---------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 000202510550601871802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Caixa Vencida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome SAMUEL MEDEIROS SILVA	15/04/2010	14-Nome do titular do plano EVELIN DE SOUZA SILVA
----------------------------------	------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Identificação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE
21-Código na Operadora / CNF / CPF 41866458841	22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE
23-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	27-Número no CRO 109393
28-Número no CRO 109393	29-UF SP
30-Código CBO 5 025	31-Código CBO 5 29-Código CBO 5
Fatura Empresa	

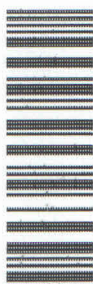
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dentista	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Ant	40-Dias de Realização	41-Moeda da Guia 42-Valor R\$
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00		1	18 JAN 2022	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00		1	18 JAN 2022	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00		1	18 JAN 2022	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00		1	18 JAN 2022	
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00		1	18 JAN 2022	
6-00										
7-00										
8-00										
9-00										
10-00										
11-00										
12-00										
13-00										
14-00										
15-00										

18 JAN 2022	19-Valor total R\$	43-Valor total R\$	44-Valor total R\$
-------------	--------------------	--------------------	--------------------

45-Observação

18 JAN 2022	18 JAN 2022	18 JAN 2022	18 JAN 2022
-------------	-------------	-------------	-------------



848163
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/01 4-Data de Autorização 12/11/01 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9492696 7-Data Validade da Guia 12/11/01 8-Data Validade da Guia 12/11/01

8-Número da Carteira 000202 9-Data de Cadastro 04/09/94 10-Data de Autorização 10/01/01 11-Data Validade da Carteira 11/11/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IRACEMA COSTA ROXO 14-Plano POS REDE PRESTADORA 15-Telefone 06/04/1967 16-Endereço 17-Endereço 18-Endereço 19-Endereço 20-Endereço 21-Endereço 22-Endereço 23-Endereço 24-Endereço 25-Endereço 26-Endereço 27-Endereço 28-Endereço 29-Endereço 30-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

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

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7				

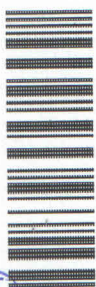
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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/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

Embratel Odontolife
CNPJ: 10.006.763/0001-90

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 Contato da Empresa



848171
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2021 4-Data de Autorização 12/11/2021 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9492729 7-Data Validação da Guia 12/11/2021 8-Data Validação da Guia 12/11/2021

Dados do Beneficiário

2-Número da Carteira 100201254094777001010101010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TRANS IGUAÇU EMPRESA DE 11-Data Validade da Carteira 12/11/2021 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IRACEMA COSTA ROXO 06/04/1967 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IRACEMA COSTA ROXO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancoramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CNO 109393 19-UF SP 20-Código OBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNU / CPF 418664588411 22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CNO 109393 24-UF SP 25-Código ONES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE 26-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 27-Número no CNO 109393 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 25 JAN 2022 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	18	5	1	0	0	1	9	6			
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

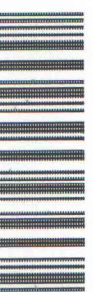
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 75,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25 JAN 2022 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25 JAN 2022 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022 100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25 JAN 2022

CNPJ: 09.996.210/0002-35



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
21/01/22

4-Dia de Autenticação
25/01/22

5-Semina
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
9492727

7-Dia Validade da Semina
21/04/22

848166
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202540947700010001

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TRANS IGUAÇU EMPRESA DE

11-Dia Validade da Carteira
21/04/22

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
IRACEMA COSTA ROXO

06/04/1967

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
IRACEMA COSTA ROXO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

18-Número no CRO
109393

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-UF
SP

22-Código CNES

23-UF
SP

24-Código CBO S

25-UF
SP

26-Código CNES

27-UF
SP

28-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP

22-Nome do Contratado Executante
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

23-Número no CRO
109393

24-UF
SP

25-Código CNES

26-UF
SP

27-Código CBO S

28-UF
SP

29-Código CNES

30-UF
SP

31-Código CBO S

32-UF
SP

33-Código CNES

34-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

27-Número no CRO
109393

28-UF
SP

29-Código CNES

30-UF
SP

31-Código CBO S

32-UF
SP

33-Código CNES

34-UF
SP

35-Código CBO S

36-UF
SP

37-Código CNES

38-UF
SP

39-Código CBO S

40-UF
SP

41-Código CNES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchise/Co-participação R\$

36-Aut

40-Dia da Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

32-Descrição

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assistido(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.

43-Observação

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franchise / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

54-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022

25/JAN 2022



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



831857
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414 3-Caixa de Emissão da Guia 07/01/22 4-Caixa de Autorização 07/01/22 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9444233 7-Data Validade da Senha 07/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 02020254377510000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Entressa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Caixa Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WILLIAM WALLACE MOTA SANTOS 14-Teleton () 15/1/2003 16-Nome do titular do plano MICHELE MANOEL DA PAIXAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CRO 109393 19-UF SP 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (018100421- (018100421- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141816451841 22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CRO 109393 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 27-Número no CRO 109393 28-UF SP 29-Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	10 JAN 2022		Michele Manóel da Paixão
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	4 0 0	0 0 0 0	S	10 JAN 2022		Michele Manóel da Paixão
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	10 JAN 2022		Michele Manóel da Paixão
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMDS	1	1	4 0 0	0 0 0 0	S	10 JAN 2022		Michele Manóel da Paixão
5-										10 JAN 2022		
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10 JAN 2022 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial 46-Total Duplicado US 150,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Fracção / Co-participação R\$ 0,00

Declara, 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 responsável e enviar 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, a Empresa responsável por este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data 10 JAN 2022 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10 JAN 2022 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10 JAN 2022 53-Data, local e Cessão da Empresa 10 JAN 2022

