



331940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7673444	7-Data Validade da Senha 28/09/20
8-Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202508835000121301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome WINGLED RIBEIRO OLIVEIRA			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 28/01/2000			15-Nome do titular do plano WINGLED RIBEIRO OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683		22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA			27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Wingled
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Wingled
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Wingled
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Wingled
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	16/07/20		Wingled
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 228,00	47-Valor Total R\$ 68,40	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 16/07/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20 Wingled	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 16/07/20

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995


335987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7690519	7-Data Validade da Senha 06/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020250490850077301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEBORA CERVEIRA VALANDRO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DEBORA CERVEIRA VALANDRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/07/20		<i>De Valandro</i>
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	//		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	//		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	//		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>De Valandro</i>
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>De Valandro</i>
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>De Valandro</i>
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>De Valandro</i>
10	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	//		
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	//		
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 552,00	47-Valor Total R\$ 834,00	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) 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: *A paciente não compareceu para terminar o tratamento, tendo contato por e-mail seu sucesso*

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20 <i>De Valandro</i>	53-Data, Local e Assinatura do Responsável da Empresa Lucidayane Goulart de Paula Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995
---	---	--	---



302476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/03/20	4-Data de Autenticação 17/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7487203	7-Data Validade da Senha 15/06/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600024901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CHARLINE PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHARLINE PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0669731683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S 19/03/20				
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	S 19/03/20				
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S 19/03/20				
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S 19/03/20				
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 140,00	47-Valor Total R\$ 42,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e 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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/03/20 Sr. Paulo Lucidayane Goulart de Paula Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995
---	---	---	--



331951
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 6 / 2 0	4-Data de Autorização 0 7 / 1 0 / 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7673457	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 8 8 3 5 0 0 0 1 2 1 5 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAMS DE BARROS ANOVICH		14-Telefone 14/11/1995	15-Nome do titular do plano WILLIAMS DE BARROS ANOVICH	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 9 7 3 1 6 6 8 3	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0,00		S	16/07/20		<i>Lucidayne</i>
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0,00		S	16/07/20		<i>Lucidayne</i>
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0,00		S	16/07/20		<i>Lucidayne</i>
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0,00		S	16/07/20		<i>Lucidayne</i>
5	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1 0 0	0,00		S			
6	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 0 0	0,00		S			
7	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 0 0	0,00		S	16/07/20		<i>Lucidayne</i>
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 0 0	0,00		S	16/07/20		<i>Lucidayne</i>
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 3 8 4 0 0	47-Valor Total R\$ 78.160,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	---------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20 <i>Lucidayne</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20 <i>Lucidayne</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20 <i>Williams</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa Lucidayne Goulart de Paula Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995
--	--	---	---