



1470136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/05/23	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1470136	7-Data Validade da Senha 27/08/23
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524417100020805	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALERIA DE FARIAS MOTTA		14-Telefone 24/11/1991	15-Nome do titular do plano ARIELSON RICARDO BRITES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA		27-Número no CRO 20830	28-UF SC	29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOP	1	122,00	0,00		N	29/05/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/05/23	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/05/23 Dra. Alexia S. Nakashima Cirurgiã Dentista CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/23 Valeria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1390170
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/03/23	4-Data de Autorização 12/04/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11044367	7-Data Validade da Senha 25/06/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524417100174102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELI SCHMITZ FERREIRA	14-Telefone 23/06/2016	15-Nome do titular do plano RONALDO SANTOS FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654	Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	27-Número no CRO 20830	28-UF SC	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	DO	1	88,00	0,00		S	12/04/23		Ronald
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	12/04/23		Ronald
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/04/23	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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 previsão em contrato.

49-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/23 Dra. Alexia S. Nakashima Cirurgiã Dentista CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/23 Ronaldo Santos Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1460232
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/23	4-Data de Autorização 22/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11242972	7-Data Validade da Senha 20/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553311900491701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAIKO MARCELO LINDENMAIER		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAIKO MARCELO LINDENMAIER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654	
26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA		27-Número no CRO 20830	28-UF SC	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/23		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/05/23	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\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/23 Dra. Alexia S. Nakashima Cirurgiã Dentista CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/23 Maiko	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1453082
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/05/23	4-Data de Autorização 19/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11226570	7-Data Validade da Senha 15/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553311900491702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCIA REGINA RODRIGUES FERREIRA LINDENM	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAIKO MARCELO LINDENMAIER
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA		27-Número no CRO 20830	28-UF SC	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/05/23		x Marcia R
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/05/23		x Marcia R
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/05/23		x Marcia R
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/05/23		x Marcia R
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/05/23		x Marcia R
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/05/23	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/23 Dra. Alexia S. Nakashima CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/23 x Marcia R	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



1460245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/23	4-Data de Autorização 22/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11242979	7-Data Validade da Senha 20/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520200700054901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 21	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ NICOLAS FEITOSA GOMES		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano LUIZ NICOLAS FEITOSA GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA		27-Número no CRO 20830	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/23		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/05/23		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/05/23	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\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/23 Dra. Alexia S. Nakashima Cirurgiã Dentista CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/23 Luiz	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



1467033
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11264332	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553311900491704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IVANETE APARECIDA FREDDI LINDENMAIER		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAIKO MARCELO LINDENMAIER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA		27-Número no CRO 20830	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

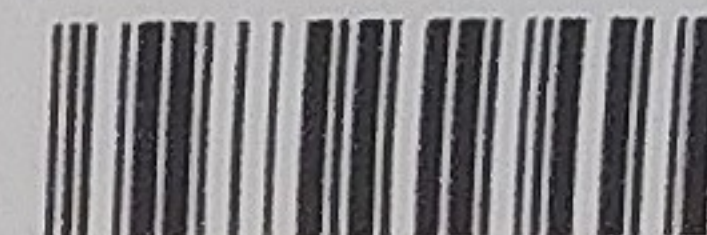
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/2012		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2012	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 _____/_____/_____			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2012 <i>Dra. Alexia S. Nakashima</i> CRO/SC 20830			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012 <i>Ivanete Aparecida Freddi Lindenmaier</i>			53-Data, local e Carimbo da Empresa _____/_____/_____		
---	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--



1436869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/04/05 2	4-Data de Autorização 00/04/05 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11180261	7-Data Validade da Senha 00/02/08 2
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252441710017410	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GABRIEL SCHMITZ FERREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RONALDO SANTOS FERREIRA
-------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
---	---	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	27-Número no CRO 20830	28-UF SC	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-	081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/05/23		
2-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/05/23		
3-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/05/23		
4-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/05/23		
5-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/05/23		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/05/23	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 04/05/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/23 CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



1460616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/23	4-Data de Autorização 26/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11245328	7-Data Validade da Senha 20/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202547482500004201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO EDUCACIONAL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANGELICA SUELEN MONICH	14-Data de Nascimento 03/10/1991	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ANGELICA SUELEN MONICH
-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	18-Número no CRO 20830	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante ALEXIA SUEMI NAKASHIMA	27-Número no CRO 20830	28-UF SC	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/05/23		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/05/23		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/05/23		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/05/23		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/05/23		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/05/23	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/23 Dra. Alexia S. Nakashima Cirurgiã Dentista CRO/SC 20830	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/23 Angela Co.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--