

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357699
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
1 4 / 1 1 / 1 2 0 1

6-Número da Guia Principal
7791153

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 8 / 1 0 8 / 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 1 6 / 1 0 8 / 1 2 0 1

2-Data de Emissão da Guia
1 1 6 / 1 0 8 / 1 2 0 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

7-Data Validade da Carteira

6-Número da Guia Principal

15-Nome do titular do plano
ADEMAR MATOS DOS SANTOS

14-Telefone

13-Nome
ADEMAR MATOS DOS SANTOS

12-Data de Emissão da Guia

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa

25 -
Faturar Empresa

23-Código CBO S

22-Número no CRO
15265

21-Número no CRO
15265

20-Código CBO S

19-Número no CRO
15265

18-Número no CRO
15265

24-UF
SC

23-UF
SC

22-UF
SC

21-UF
SC

20-UF
SC

19-UF
SC

18-UF
SC

25-Código CBO S

24-Código CBO S

23-Código CBO S

22-Código CBO S

21-Código CBO S

20-Código CBO S

19-Código CBO S

38-Franchisa/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Fase

34-Região

33-Descrição

32-Descrição

41-Motivo da Realização

40-Data de Realização

39-Aut

38-Franchisa/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Fase

34-Região

33-Descrição

32-Descrição

31-Código do Procedimento

30-Taxada

29-Código do Procedimento

28-Código do Procedimento

27-Número no CRO

26-Número no CRO

25-Número no CRO

24-Número no CRO

23-Número no CRO

22-Número no CRO

21-Número no CRO

20-Código CBO S

19-Código CBO S

18-Código CBO S

17-Código CBO S

16-Código CBO S

15-Código CBO S

14-Código CBO S

13-Código CBO S

12-Código CBO S

11-Código CBO S

10-Código CBO S

9-Código CBO S

8-Código CBO S

7-Código CBO S

6-Código CBO S

5-Código CBO S

4-Código CBO S

3-Código CBO S

2-Código CBO S

1-Código CBO S

0-Código CBO S

46-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Total Franquia / Co-participação R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Total Franquia / Co-participação R\$

42-Total Franquia / Co-participação R\$

41-Total Franquia / Co-participação R\$

40-Total Franquia / Co-participação R\$

39-Total Franquia / Co-participação R\$

38-Total Franquia / Co-participação R\$

37-Total Franquia / Co-participação R\$

36-Total Franquia / Co-participação R\$

35-Total Franquia / Co-participação R\$

34-Total Franquia / Co-participação R\$

33-Total Franquia / Co-participação R\$

32-Total Franquia / Co-participação R\$

31-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Total Franquia / Co-participação R\$

29-Total Franquia / Co-participação R\$

28-Total Franquia / Co-participação R\$

27-Total Franquia / Co-participação R\$

26-Total Franquia / Co-participação R\$

25-Total Franquia / Co-participação R\$

24-Total Franquia / Co-participação R\$

23-Total Franquia / Co-participação R\$

22-Total Franquia / Co-participação R\$

21-Total Franquia / Co-participação R\$

20-Total Franquia / Co-participação R\$

19-Total Franquia / Co-participação R\$

18-Total Franquia / Co-participação R\$

17-Total Franquia / Co-participação R\$

16-Total Franquia / Co-participação R\$

15-Total Franquia / Co-participação R\$

14-Total Franquia / Co-participação R\$

13-Total Franquia / Co-participação R\$

12-Total Franquia / Co-participação R\$

11-Total Franquia / Co-participação R\$

10-Total Franquia / Co-participação R\$

9-Total Franquia / Co-participação R\$

8-Total Franquia / Co-participação R\$

7-Total Franquia / Co-participação R\$

6-Total Franquia / Co-participação R\$

5-Total Franquia / Co-participação R\$

4-Total Franquia / Co-participação R\$

3-Total Franquia / Co-participação R\$

2-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Total Franquia / Co-participação R\$

0-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

46-Valor Total R\$

45-Valor Total R\$

44-Valor Total R\$

43-Valor Total R\$

42-Valor Total R\$

41-Valor Total R\$

40-Valor Total R\$

39-Valor Total R\$

38-Valor Total R\$

37-Valor Total R\$

36-Valor Total R\$

35-Valor Total R\$

34-Valor Total R\$

33-Valor Total R\$

32-Valor Total R\$

31-Valor Total R\$

30-Valor Total R\$

29-Valor Total R\$

28-Valor Total R\$

27-Valor Total R\$

26-Valor Total R\$

25-Valor Total R\$

24-Valor Total R\$

23-Valor Total R\$

22-Valor Total R\$

21-Valor Total R\$

20-Valor Total R\$

19-Valor Total R\$

18-Valor Total R\$

17-Valor Total R\$

16-Valor Total R\$

15-Valor Total R\$

14-Valor Total R\$

13-Valor Total R\$

12-Valor Total R\$

11-Valor Total R\$

10-Valor Total R\$

9-Valor Total R\$

8-Valor Total R\$

7-Valor Total R\$

6-Valor Total R\$

5-Valor Total R\$

4-Valor Total R\$

3-Valor Total R\$

2-Valor Total R\$

1-Valor Total R\$

0-Valor Total R\$

48-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

42-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

41-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

40-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

39-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

38-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

37-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

36-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

35-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

34-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

33-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

32-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

31-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

30-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

28-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

27-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

26-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

23-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

22-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

21-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357696
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
14/11/2012

6-Número da Guia Principal
7791147

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
18/08/2012

3-Data de Emissão da Guia
16/08/2012

2-Registo ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01020252169451000284011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CECRISA REVESTIMENTOS

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
KAREN BERTIZZOLO GONCALVES

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
KAREN BERTIZZOLO GONCALVES

16-Data de Realização
02/06/1972

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avulamento e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO
15265

19-UF
SC

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

22-Nome do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO
15265

24-UF
SC

Dados do Profissional Executante

25-Nome do Profissional Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

26-Número no CRO
15265

27-UF
SC

28-Código CBO S

29-UF
SC

30-UF
SC

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Quantidade US
37-Valor

34-Fraco

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Francia Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glasa 42-Assinatura

1-CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

3-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

4-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

5-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

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-

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



342925
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
19/11/2012

6-Número da Guia Principal
7721672

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
04/08/2012

3-Data de Emissão da Guia
12/11/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202529400700000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
MAXIPOLI INDUSTRIA DE

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ /

13-Nome

ANGELA ANDRADE DE OLIVEIRA

26/07/1982

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
ANGELA ANDRADE DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alindimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO
15265

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora CNPJ / CPF
0818489118956

22-Nome do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO
15265

24-UF
SC

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

THAYANE SILVA CARVALHO

27-Número no CRO

15265

28-UF

SC

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 Glorosa 42-Assinatura
1-0	10811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
2-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
3-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
4-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
5-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
6-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
7-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
8-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
9-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
10-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
11-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
12-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
13-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
14-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela
15-0	10815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	19/11/2012	Angela

43-Data Prevista Término do Tratamento
04/01/2013

44-Tipo de Alindimento
1-1

45-Tipo de Tratamento Odontológico
1-1

46-Tipo de Alindimento
1-1

47-Total Quantidade US
178,00

48-Total Quantidade R\$
178,00

49-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2012, 18h, 19/11/2012, Thayane Carvalho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2012, 18h, 19/11/2012, Thayane Carvalho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012, 18h, 19/11/2012, Angela

53-Data, local e Celinho da Empresa
/ /

2-N^o53-Data local e Carlo da Emma

2-N^o

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

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

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

551-Daria, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/09/11/2019 Traumeal Canabho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

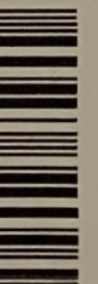
53-Data local e Cajunbo da Empresa

[illegible]2-N^o

Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 13/11/018/12/01 4-Data de Autorização 10/11/019/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7836467 7-Data Validade da Guia 12/9/11/12/01

367251
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança 10-0120125201199770101586011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Data Validade da Carteira 12-11/11/12/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARNALDO SANTOS DA SILVA FILHO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ARNALDO SANTOS DA SILVA FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101818419118191561 22-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CHES 26-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	018101000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0	0,00		01/10/09/20		
2-0	018130000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0	0,00		01/10/09/20		
3-0	018130000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0	0,00		01/10/09/20		
4-0	018130000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0	0,00		01/10/09/20		
5-0	018130000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0	0,00		01/10/09/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/09/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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.

49-Observação

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

10/11/09/2018 Thayne Carvalho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/11/09/2018 Thayne Carvalho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/11/09/2018

53-Data, local e Caimho da Empresa

CRO: 15265/SC

Cirurgião Dentista: (16872) - THAYANE SILVA CARVALHO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
342239 - I	KARLA FERNANDES (00202520206200000402)		20/07/2020	178	0.5	R\$ 89,00
342925 - I	ANGELA ANDRADE DE OLIVEIRA (00202529400700000101)		21/07/2020	178	0.5	R\$ 89,00
348236 - I	JACKSON GODOI (00202520199700060501)		29/07/2020	178	0.5	R\$ 89,00
350480 - I	FILIPPE DE BARROS PERINI (00202520504100008502)		04/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
350481 - I	FATIMA TEREZINHA VIGNATTI (00202520206000001101)		04/08/2020	34	0.5	R\$ 17,00
350484 - I	LUCAS SANTOS DE OLIVEIRA (00202520206000000201)		04/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
357694 - I	FATIMA TEREZINHA VIGNATTI (00202520206000001101)		16/08/2020	144	0.5	R\$ 72,00
357696 - I	KAREN BERTIZZOLO GONCALVES (00202521694500028401)		16/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
357698 - I	YURI DE PAULA OLSEN VEIGA (00202520504100009302)		16/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
357699 - I	ADEMAR MATOS DOS SANTOS (00202520199700018501)		16/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
357701 - I	DANIEL MORAES PRADO (00202525307100042801)		16/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
365598 - I	VALMECI AMORIM ALVES (00202520206000001102)		27/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
365600 - I	GEZIE NE NORONHA DA SILVA (00202520200300012001)		27/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00
365602 - I	KAROLYNE BIANCA DA SILVA SARAIVA (00202520200300012002)		27/08/2020	174	0.5	R\$ 87,00
365607 - I	KAREN BERTIZZOLO GONCALVES (00202521694500028401)		27/08/2020	88	0.55	R\$ 48,40
367251 - I	ARNALDO SANTOS DA SILVA FILHO (00202520199700058601)		31/08/2020	178	0.5	R\$ 89,00

Totalizador por Operadora			
	Nº de USOs:		2576
	Nº de atendimentos:		16
	Valor:		R\$ 1.292,40
Totalizador			
	Nº de USOs:		2576
	Nº de atendimentos:		16
	Valor:		R\$ 1.292,40

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 19:50

Página 1 de 1