

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2011	4-Data de Autorização 03/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8511595	7-Data Validade da Senha 12/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025296552000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

LUIS GUSTAVO DIAS SANTIAGO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS
----------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	11	VM	1	88,00	0,00	503,05	12	11		
2	00	85100200	21	VM	1	88,00	0,00	503,05	12	11		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/10/2011	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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 03/10/2011 Dr. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2011 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---

CRO - SP 120 548

CRO - SP 120 548



Resolução nº 1.000/2006

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/04/21	4-Data de Autorização 03/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8540254	7-Data Validade da Senha 12/9/07/21
-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------	--------------------	------------------------------------	-------------------------------------

538657
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025357745000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIVALDO DE JESUS SANTOS	04/02/1983	14-Telefone	15-Nome do titular do plano SIVALDO DE JESUS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI
23-Número no CRO 120548	24-UF SP
25-Código CBO 9	26-Código CNES
27-Número no CRO 120548	28-UF SP
29-Código CBO 8	20-Código CBO 9
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548
28-UF SP	29-Código CBO 8
Faturar Empresa	

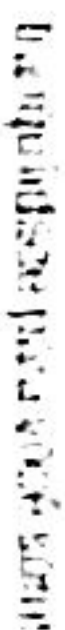
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00	03/05/21				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/05/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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) 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 03/05/21 Jra. Giovanna Tini CRO - SP 120 548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/21 Jra. Giovanna Tini CRO - SP 120 548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

2-Na⁺524682
INTERCÂMBIO

• include

 $\underline{z}$

33-Dentle/Reglão 34-Face 35-O

13 PM 1

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	1
2	2
3	3
4	4

— [] —

1	2
3	4
5	6
7	8

1111

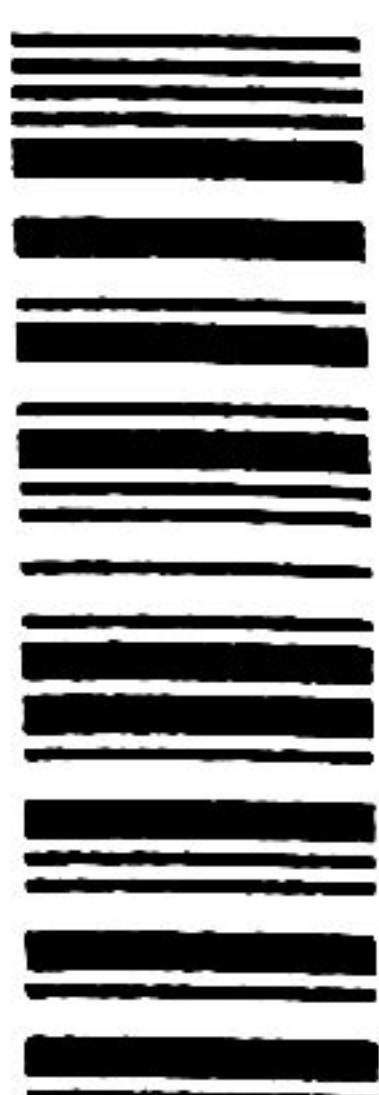
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

4-Urgência/Emergência

informam realizado(s) com meu consentimento em contrato.

Cirurgião-Dentista
Dra. Gloriamma Lima
SP 124/548



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/03 4-Data de Autorização 10/6/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8429753 7-Data Validade da Senha 12/5/06 510184 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025336036000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEILA PEREIRA FERREIRA DA SILVA 14-Teléfono 16/02/1972 15-Nome do titular do plano LEILA PEREIRA FERREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO 9 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/05/21	X	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/05/21 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/21 Dra. Giovanna Franco Tini 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 X Leila Pereira Ferreira da Silva 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Giovanna Franco Tini
CRO - SP 120.548



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2015	4-Data de Autorização 12/01/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8588534	7-Data Validade da Senha 11/12/2018
8-Dados do Beneficiário			551728 INTERCÂMBIO		

9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cãodo Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL DE JESUS		14-Telefone	15-Nome do titular do plano DANIEL DE JESUS
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 07/09/1979			

17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1414249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	26-Número no CRO 120548	27-UF SP	28-Código CBO S (1) 85100200
29-Faturar Empresa Enviar - RX			

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 Causa	42-Assinatura
1	010	851100200	34	OD	1	88,00	0,00	51201051121				
2		RESTAURAÇÃO RESINA										
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/05/12/11	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/05/12/11 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/05/12/11 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/05/12/11 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

CRO - SP 62420.548

CRO - SP 62420.548

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/10 3/12/11	4-Data de Autenticação 12/0/10 5/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8358578	7-Data Validade da Senha 10/2/10 6/12/11
--------------------------	--	---	------------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira	00202510550600402201
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome DANIEL DE JESUS 07/09/1979	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIEL DE JESUS
---	---------------------------------------	---

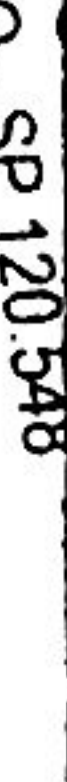
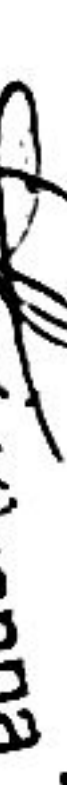
18-Absolvidimento e RN		17-Nome do Profissional Solicitante	
N		GIOVANNA FRANCO TINI	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante	
4 4 2 4 9 6 3 3 8 1 0		GIOVANNA FRANCO TINI	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	
GIOVANNA FRANCO TINI		120548	
27-Número no CRO		28-UF	
120548		SP	
29-Código CBO 9		20-Código CBO B	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1.	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
			RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1		8	8	0	0	S	20/10/15/21
								0	0	0			XIP

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/2021	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 88,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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.

48- Observação	
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Solícitante 12/10/10 57/1211 Dra.  Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120.548	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 57/1211 Dra.  Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120.548
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 57/1211 	53- Data, local e Contribuição da Empresa 11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2015	4-Data de Autorização 18/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8590599	7-Data Validade da Senha 12/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

552352
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025348210000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EWELLIN PRISCILLA FROES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EWELLIN PRISCILLA FROES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S	Faturar Empresa
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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	L	1	61,00	0,00			11/05/2011		X Ewellin
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/05/2011	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2011 Dr. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2011 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2011 X Ewellin P Froes	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO - SP 120548
---	--	---	--



10211-01-01-0000-0000-0000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
11/10/2011

4-Data de Autorização
12/05/2011

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
8378542

7-Data Validade da Sentença
10/09/2016

496898
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
100202511055060040022051

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
THAYS REGINA DA SILVA JESUS

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DANIEL DE JESUS

16-Atendimento e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
144249633810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	01		61,00	0,00			5/25/05/11	21	X
2												
3												
4												
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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
12/5/05/11			61,00									

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/05/11/21/11 Thays Regina da Silva Jesus	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/05/11/21/11 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/05/11/21/11 Daniel de Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/5/05/11/21/11
---	--	---	---



Interfund 2012 (003.0003.0000)

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/03/1211	4-Data de Autorização 12/05/05/1211	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378762	7-Data Validade da Serha 10/09/08/1211	496966 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 1002025110550600402203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome RAYSSA GIULIANA DA SILVA JESUS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DANIEL DE JESUS
---	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	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-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	125	05/12/11		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	125	05/12/11		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	125	05/12/11		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	125	05/12/11		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/05/1211												
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 144,00												
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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/05/1211 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/05/1211 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/05/1211	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---

CRO - SP 120548

CRO - SP 120548



Indicação para o plano

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2014	4-Data de Autorização 28/05/2011	6-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8540348	7-Data Validade da Senha 29/07/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

538681
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202510550600442101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Exeoutante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--	--	----------------------------	-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Exeoutante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--	----------------------------	-------------	----------------	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-10085100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dentifregião 16	34-Face 01	35-Cid 16100	36-Quantidade US 000	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 5281051211	39-Aut X	40-Data de Realização 28/05/2011	41-Maturo da Clíase X	42-Assinatura
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
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 28/05/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6100	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000						

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) 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 12/01/0151/211 Dra. Giovanna Tini CRO SP/120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/2011 Dra. Giovanna Tini CRO SP/120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/2011 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



Entregue sua Guia para o paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013	4-Data de Autorização 27/08/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378340	7-Data Validade da Senha 10/09/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

496853
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202151051050600402204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome SIMONE REGINA DA SILVA JESUS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DANIEL DE JESUS
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	--	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	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-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Quantidade US	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matv da Glor	42-Assinatura
1-10	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1		88,00	0,00		12/10/2013		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/10/2013	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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) 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 12/10/2013/21/ Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2013/ Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2013/ [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
---	--	---	--

CRO - SP 120.548