



2.4.4.



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Documento 10/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8134603	7-Data Validade da Sinha 10/10/2012	88383 INTERCÂMBIO	
9-Dados do Beneficiário R-NOmero da Carteira 0002325339372000003002		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira 11/11/11	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome JEFFERSON DE ANDRADE PEREIRA		15-Data 26/05/2005		16-Telefone (11) 1111-1111		17-Nome do titular do plano ROSELI DE ANDRADE	
18-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Autorização em R\$ N		20-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		21-Número no CRO 1099'4	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407174368961		23-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		24-Número no CRO 109914		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 1099'4		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-UF SP		32-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
33-Tabela 10091000030		34-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA		35-Data 11/11/2012		36-Fratura/Co-participação R\$ S 11110200	
37-Quantidade US 3400		38-Valor 0000		39-Aut S		40-Data de Realização 11/11/2012	
41-Motivo da Glosa e 42-Assinatura		43-Data Previsível Término do Tratamento 11/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortofonía 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 21/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157666	7-Data Validade da Senha 18/11/2013	443891 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025342531000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELISABETE DE CAMPOS LEITE		14-Telefone 04/05/1976		15-Nome do titular do plano ELISABETE DE CAMPOS LEITE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 407117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914		24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP		29-Código CRO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00031000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
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 Prevista Término do Tratamento 12/11/2012		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 34,00
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012						
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

445975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Data de Autorização 21/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8167239	7-Data Validade da Senha 21/03/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601899301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANDERSON DINIZ SEVERINO		14-Telefone 18/03/1984	15-Nome do titular do plano VANDERSON DINIZ SEVERINO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 401717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22 VD	1	8800	000
2-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23 VM	1	8800	000
3-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37 OD	1	8800	000
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600	000
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600	000
6-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600	000
7-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600	000
8-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27 P	1	6100	000
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2012	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 46900	47-Valor Total R\$ 1000	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-Observações					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 DIANE					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012 DIANE					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 VANDERSON					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

453023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 11/2/11	4-Data de Autorização 11/5/10 11/2/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8192384	7-Data Validade da Senha 11/3/10 11/2/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010202151101550160118168101011	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 CAIO CESAR DA SILVA LUIZ		14-Teléfono 10/06/1986	15-Nome do titular do plano CAIO CESAR DA SILVA LUIZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-101081101010310		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
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					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Gloriosa					
42-Assinatura					
43-Dito Previsto Término do Tratamento 11/9/10 11/2/11					
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					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 11/9/10 11/2/11 Diana		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/6/10 11/2/11 Diana Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/10 11/2/11 João	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-41*

473181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 10/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8282876	7-Data Validade da Senha 10/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010202534862900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome ANA PAULA LEITE SILVA		14-Telefone 18/11/1985	15-Nome do Titular do plano ANA PAULA LEITE SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1410717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP
25-Código CNES (1) 85100200		26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP
29-Código CBO S		30-Código CBO S			

31-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 Clossa	42-Assinatura
1-	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00	0,00		18/02/12		
2-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		18/02/12		
3-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		18/02/12		
4-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		18/02/12		
5-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		18/02/12		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/02/12	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 232,00	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 e 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 18/02/12, Rinda						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/12, Davina Ly	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/12, Ana Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

464093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Data de Autorização 01/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8243413	7-Data Validade da Senha 21/04/2012	464093 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																	
8-Número da Carteira 00202511580500032702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARGEM COMPANHIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome BIANCA MARTINS RAMOS SOUZA		14-Telefone (11) 3177-12036	15-Nome do titular do plano FELIX SILVA DE SOUZA														
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CPO 109914	24-UF SP	25-Código CHES	Enviar - RX (1) 85100200												
26-Nome do Profissional Contratado DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16,100	0,00			03/02/12							
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8,800	0,00			03/02/12							
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,600	0,00			03/02/12							
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,600	0,00			03/02/12							
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,600	0,00			03/02/12							
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,600	0,00			03/02/12							
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/12								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 293,00		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(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 03/02/12 Rinda				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/12 Diane Luz				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/12 Felix Souza				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

469504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8266232	7-Data Validade da Senha 04/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025111580500032702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARGEM COMPANHIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome BIANCA MARTINS RAMOS SOUZA		14-Telefone () 3177-2036	15-Nome do titular do plano FELIX SILVA DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 407117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medida da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6100	0,00			09/10/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6100	0,00			09/10/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2012		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 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), 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 09/10/2012, Pindamonhangaba			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012, Pindamonhangaba			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012, Pindamonhangaba			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 22/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8208710	7-Data Validade da Senha 11/09/2011	456787 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0002025105506018680011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CAIO CESAR DA SILVA LUIZ		14-Telefone 10/06/1986	15-Nome do titular do plano CAIO CESAR DA SILVA LUIZ									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 401717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	29-Código CBO S							
Plano do 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 Glóse	42-Assinatura
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/01/11		
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/01/11		
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/01/11		
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			22/01/11		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodôntia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-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(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 22/01/11 CAIO CESAR DA SILVA LUIZ			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/11 DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/11 CAIO CESAR DA SILVA LUIZ			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h

464085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/10/12	3-Data de Autorização 01/11/12	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8243378	6-Data Validade da Senha 28/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025111580500032702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARGEM COMPANHIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BIANCA MARTINS RAMOS SOUZA		14-Telefone () 3177-2036	15-Nome do titular do plano FELIX SILVA DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-1					3400
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 03/10/12					
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 3400					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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), 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 este 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 03/10/12 12h11 Pinao					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/12 12h11 Daiane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/12 12h11 B. Ramos					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

467208
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/02/12/11	4-Data de Autorização 10/12/10/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256752	7-Data Validade da Senha 10/12/10/15/12/11							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 10102021531521415141010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome SONIA ADRIANA DE SOUZA		14-Telefone 20/01/1977	15-Nome do titular do plano SONIA ADRIANA DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 410717143161819161111		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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	0011811010101310	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00	0,00		10/12/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/10/12		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 34,10		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(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 03/10/12/11 Rimbó			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/12/11 Rimbó			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/12/11 Sonia			53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11			

[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



474681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/02	3-Data de Autorização 12/01/02	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8290069	6-Data Validade da Senha 11/05/02
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251055060081127011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSINEIA DE JESUS OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSINEIA DE JESUS OLIVEIRA		
21/01/1980					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/02/02		44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400
47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Valor Total 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 17/02/02 Pradeiro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/02 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/02/02 Rosineia de J. Oliveira	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/2012	4-Data de Autorização 16/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297297	7-Data Validade da Senha 13/05/2012	476399 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025073667011250702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LUANA RIBEIRO	14-Telefone 09/06/1986	15-Nome do titular do plano THIAGO JABOUR MOREIRA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	27-Número no CRO 109914	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
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3400
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 Previsão Término do Tratamento 17/02/2012	44-Tipo do Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 000	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 17/02/2012 Rinaldo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/2012 Daiane Luz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 17/02/2012 Luana Ribeiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

476392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297262	7-Data Validade da Senha 13/10/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002020250736701250703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome PAOLA RIBEIRO JABOUR MOREIRA		14-Telefone 15/11/2004	15-Nome do titular do plano THIAGO JABOUR MOREIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	27-Número no CRO 109914	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/10/2011		Paola
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/2011	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 34,00	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(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 17/10/2011 Paola	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2011 Paola Luz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/10/2011 Thiago Ribeiro	53-Data, local e Caimbo da Empresa / /									



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*

476390
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/12	4-Data de Autorização 16/02/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297255	7-Data Validade da Senha 13/05/12							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 010202507366701250704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LARA RIBEIRO JABOUR MOREIRA		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano THIAGO JABOUR MOREIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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 Closs	42-Assinatura
1-01081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/02/12		Lara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/12	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 34,00	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 11/02/12 Lara							51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/12 Diane Luz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/02/12 Thiago Ribeiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

476391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/2011	4-Data de Autorização 11/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297259	7-Data Validade da Senha 11/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025073667012507015	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS RIBEIRO JABOUR MOREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO JABOUR MOREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Causa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/2011					
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					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 11/02/2011 R.inda					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/2011 Daiane Luz					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2011 Lucas					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

486623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8338522	7-Data Validade da Senha 27/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253568730000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LEONE ALVES DE SOUZA		14-Telefone 27/06/1994	15-Nome do titular do plano LEONE ALVES DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	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	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/03/12		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/03/12		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 34,00		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 06/03/12 Rio de Janeiro			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/03/12 Daiane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/03/12 Leone Alves			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

479012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 12/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8306585	7-Data Validade da Senha 11/09/2015							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202510550600812701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ROSINEIA DE JESUS OLIVEIRA		14-Telefone 21/01/1980	15-Nome do titular do plano ROSINEIA DE JESUS OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 400717436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	28-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
1-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/03/2012		
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/03/2012		
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/03/2012		
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			11/03/2012		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/2012		44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-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(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 02/10/2012 São Paulo			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012 São Paulo			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012 São Paulo			53-Data, local e Carimbo da Empresa			