

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



384608
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 2-Dado de Emissão da Guia 12/8/10 3-Dado de Autorização 10/4/11 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7911738 6-Dado de Validade da Sentença 12/7/11 7-Dado de Validade da Sentença 12/7/11

8-Dados do Beneficiário 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dado de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LECI DE VARGAS SILVEIRA 14-Região 15-Nome do titular do plano LECI DE VARGAS SILVEIRA 16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 11/08/1967 17-Data de Realização

18-Atendimento a RN 19-Home do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE 20-Home do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Home do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE 23-Home do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE 24-Home do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE 25-Código CBO S 26-Código CBO S 27-Home do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE 28-Home do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE 29-Código CBO S 30-Código CBO S 31-Código CBO S 32-Código CBO S 33-Código CBO S 34-Código CBO S 35-Código CBO S 36-Código CBO S 37-Código CBO S 38-Código CBO S 39-Código CBO S 40-Código CBO S 41-Código CBO S 42-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-Ant	40-Dado de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Atividade
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Declaração de Responsabilidade 50-Declaração de Responsabilidade 51-Declaração de Responsabilidade 52-Declaração de Responsabilidade 53-Declaração de Responsabilidade 54-Declaração de Responsabilidade 55-Declaração de Responsabilidade 56-Declaração de Responsabilidade 57-Declaração de Responsabilidade 58-Declaração de Responsabilidade 59-Declaração de Responsabilidade 60-Declaração de Responsabilidade 61-Declaração de Responsabilidade 62-Declaração de Responsabilidade 63-Declaração de Responsabilidade 64-Declaração de Responsabilidade 65-Declaração de Responsabilidade 66-Declaração de Responsabilidade 67-Declaração de Responsabilidade 68-Declaração de Responsabilidade 69-Declaração de Responsabilidade 70-Declaração de Responsabilidade 71-Declaração de Responsabilidade 72-Declaração de Responsabilidade 73-Declaração de Responsabilidade 74-Declaração de Responsabilidade 75-Declaração de Responsabilidade 76-Declaração de Responsabilidade 77-Declaração de Responsabilidade 78-Declaração de Responsabilidade 79-Declaração de Responsabilidade 80-Declaração de Responsabilidade 81-Declaração de Responsabilidade 82-Declaração de Responsabilidade 83-Declaração de Responsabilidade 84-Declaração de Responsabilidade 85-Declaração de Responsabilidade 86-Declaração de Responsabilidade 87-Declaração de Responsabilidade 88-Declaração de Responsabilidade 89-Declaração de Responsabilidade 90-Declaração de Responsabilidade 91-Declaração de Responsabilidade 92-Declaração de Responsabilidade 93-Declaração de Responsabilidade 94-Declaração de Responsabilidade 95-Declaração de Responsabilidade 96-Declaração de Responsabilidade 97-Declaração de Responsabilidade 98-Declaração de Responsabilidade 99-Declaração de Responsabilidade 100-Declaração de Responsabilidade



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/9/11 01/12/10 4-Data de Autenticação 01/14/11 11/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8007643 7-Data Validação da Guia 12/17/10 11/12/11 407768 INTERCÂMBIO

8-Atividade da Clínica 010102012511010510601010171541011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validação da Clínica 11/11/11 12-Número do Contrato Nacional da Saúde 13-Nome DEBORA REGINA SOARES 14-Telefone (11) 9883358143 15-Nome do titular do plano DEBORA REGINA SOARES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE 18-Número no CRO 70971 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Excludente LUCIANA MINGONE LEITE 23-Número no CRO 70971 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Excludente LUCIANA MINGONE LEITE 27-Número no CRO 70971 28-UF SP 29-Código CBO S

32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ovd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Caixa de Participação	41-Medio da Caixa	42-Assinatura
1-0101811010106151	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	14,10	0,00					
2-101018513101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,10	0,00					
3-101018513101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,10	0,00					
4-101018513101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,10	0,00					
5-101018513101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,10	0,00					
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
	1-Tratamento Ordinário 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		178,10						

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 no 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 prestadora 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 Solicitante 04/11/11 2020 Dra. Luciana Mingone Leite 51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista 04/11/11 2020 Dra. Luciana Mingone Leite 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/11 2020 Debora Regina Soares 53-Data, local e Endereço da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 16/10/2019	4-Data de Autorização 11/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7875060	7-Data Validade da Senha 15/11/2019
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020253192220000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IONARIA SILVA CANSANCÃO	23/04/1985	14-Idade 39	15-Nome do titular do plano IONARIA SILVA CANSANCÃO	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Nome do Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
6-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA		1		12,00						
7-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA		1		12,00						
8-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA		1		12,00						
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Luciana MINGONE	51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Luciana MINGONE	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável IONARIA SILVA CANSANCÃO	53-Data, local e Cartão da Empresa
--	--	--	------------------------------------



411989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8024244	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202509843400013803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSEG ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ENZO DE RIZZO QUEIROZ PEREZ 02/05/2015		14-Telefone (11) 992109012	15-Nome do titular do plano ALEX QUEIROZ PEREZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	18/11/20		
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 106,00	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 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



411987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8024242	7-Data Validade da Senha 03/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202509843400013802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSEG ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAMILA YARA DE RIZZO PEREZ		14-Telefone 08/05/1989 () -	15-Nome do titular do plano ALEX QUEIROZ PEREZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 278472119816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/11/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/11/20		
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00		S	20/11/20		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	18/11/20		
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	18/11/20		
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	18/11/20		
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 449,00	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 20/11/20 Luciana Mingone Leite	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Luciana Mingone Leite	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Alex Queiroz Perez	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2xR



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/17/11 11/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8037619	7-Data Validação da Semeta 10/18/10 12/11/21
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	---

415381
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100210212532885400000010101	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE RICARDO DE ARAUJO				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano JOSE RICARDO DE ARAUJO				

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1278472198116	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100218 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE				
27-Número no CRO 70971				
28-UF SP				
29-Código CBO S (1) 85100218				

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018101000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0			10/11/20		
2-0	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0			10/11/20		
3-0	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0			10/11/20		
4-0	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0			10/11/20		
5-0	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0			10/11/20		
6-0	018510002118	RESTAURAÇÃO RESINA	MOD	1	1	2,2	10,0			10/11/20		
7-0	018510002118	RESTAURAÇÃO RESINA	DVP	1	1	2,2	10,0			10/11/20		
8-0	018510002118	RESTAURAÇÃO RESINA	DVP	1	1	2,2	10,0			10/11/20		
9-0	018510002100	RESTAURAÇÃO RESINA	OV	1	1	8,8	10,0			10/11/20		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Previstos do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Curativo Resológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1632,10	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(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 Locat. Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data Locat. Assinatura do Contratado Dentista 11/11/11	52-Data Locat. Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------