



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2*

345763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2017	4-Data de Autorização 27/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7735838	7-Data Validade da Senha 23/11/2017							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202528073400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome THIAGO DE CARVALHO LAUBE		14-Telefone 27/01/1984 () -	15-Nome do titular do plano THIAGO DE CARVALHO LAUBE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	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	16	O	1	61,00	0,00		S	27/10/2017		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	27/10/2017		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	27/10/2017		
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 183,00		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 27/10/2017			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2017			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2017			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24N

344755
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2017	4-Data de Autorização 24/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7731357	7-Data Validade da Senha 21/11/2017							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253069640000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome RODRIGO ROJAS MOLINA		14-Telefone 11/09/1987	15-Nome do titular do plano JOSEFA ROJAS ROMAN									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	00	0000		S	24/10/2017		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	00	0000		S	24/10/2017		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	00	0000		S	24/10/2017		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	00	0000		S	24/10/2017		
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 14400		47-Valor Total R\$ 0000		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 24/10/2017			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2017			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2017			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

339916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização 16/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708231	7-Data Validade da Senha 13/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252921730000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LORENA BEATRIZ OLIVIA LANCA		14-Telefone 17/06/1997 () 6746-9500	15-Nome do titular do plano APARECIDO DE PAULA LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Exercente LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001286-28
26-Nome do Profissional Exercente LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 82001286-38	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	36-Quantidade US	37-Valor
2-00082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut
3- / /				40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
4- / /					
5- / /					
6- / /					
7- / /					
8- / /					
9- / /					
10- / /					
11- / /					
12- / /					
13- / /					
14- / /					
15- / /					
43-Data Prevista 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 72200	47-Valor Total RS 0000	48-Total Franquia / Co-participação RS
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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

317382
INTERCAM

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/2012	4-Data de Autorização 09/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597783	7-Data Validade de Senha 25/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529217300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LORENA BEATRIZ OLIVIA LANCA	14-Telefone 17/06/1997	15-Nome do Bulvar do plano APARECIDO DE PAULA LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2987069809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/06/2012		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/06/2012		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/06/2012		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/06/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



314967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2015	4-Data de Autorização 29/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7573900	7-Data Validade da Senha 17/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202528334800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELLEN TIMOTEO DA SILVA		14-Telefone 19/08/1995	15-Nome do titular do plano JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO		

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 29870689809		22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	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	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	1,00	S	29/10/2015	20x5mm	
2	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	1,00	S	29/10/2015	20x5mm	
3	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	1,00	S	29/10/2015	20x5mm	
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 183,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

314316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7570399	7-Data Validade da Serha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528334800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO	14-Telefone 04/09/1988	15-Nome do titular do plano JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO
--------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Contratado LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	61,00	0,00		S	19/10/2012		Jaqueline
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	19/10/2012		Jaqueline
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	19/10/2012		Jaqueline
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	19/10/2012		Jaqueline
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2012		Jaqueline
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 386,00	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), 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 19/10/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

323140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/2019	4-Data de Autorização 10/01/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7628034	7-Data Validade da Senha 10/01/2020							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202529837000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome THAIS DE SOUSA SIMAO		14-Telefone 25/01/2000	15-Nome do Bulão do plano ILZA MARIA DE SOUSA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNE S								
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00		S	01/07/2020		
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00		S	01/07/2020		
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00		S	01/07/2020		
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00		S	01/07/2020		
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00		S	01/07/2020		
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 17800												
47-Valor Total RS 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação RS 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 / /												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/2020												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												



326209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642832	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529217300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAIKEL MARTINS DE LIMA 20/04/1987		14-Telefone () 6746-9500		15-Nome do Titular do plano APARECIDO DE PAULA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0082000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	18	1	1	73,00	0,00		S	19/10/2012		
2	0082000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	48	1	1	73,00	0,00		S	19/10/2012		
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 146,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: CENTRO ODONTOLÓGICO PARQUE DAS NAÇÕES EIRELI

CNPJ: 23698394000107 (COPAN ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 85954/SP

Cirurgião Dentista: (15018) - LÉTICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
314316 - I	JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO (00202528334800000101)		18/05/2020	386	0.35	R\$ 135,10
314967 - I	SUELLEN TIMOTEO DA SILVA (00202528334800000102)		19/05/2020	183	0.35	R\$ 64,05
317382 - I	LORENA BEATRIZ OLIVIA LANCA (00202529217300000103)		27/05/2020	144	0.35	R\$ 50,40
323140 - I	THAIS DE SOUSA SIMAO (00202529837000000102)		10/06/2020	178	0.35	R\$ 62,30
326209 - I	MAIKEL MARTINS DE LIMA (00202529217300000104)		18/06/2020	146	0.35	R\$ 51,10
339916 - I	LORENA BEATRIZ OLIVIA LANCA (00202529217300000103)		15/07/2020	722	0.35	R\$ 252,70
344755 - I	RODRIGO ROJAS MOLINA (00202530696400000103)		23/07/2020	144	0.35	R\$ 50,40
345763 - I	THIAGO DE CARVALHO LAUBE (00202528073400000101)		25/07/2020	183	0.35	R\$ 64,05

Totalizador					
				N° de USOs:	2086
				N° de atendimentos:	8
				Valor:	R\$ 730,10

Totalizador da Operadora					
				N° de USOs:	2086
				N° de atendimentos:	8
				Valor:	R\$ 730,10

Totalizador da Clínica					
				N° de USOs:	2086
				N° de atendimentos:	8
				Valor:	R\$ 730,10

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/08/2020 11:38

Página 1 de 1