



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

214

409787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/31/11/2011	4-Data de Autopagação 10/31/11/2011	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8015953	7-Data Vencida da Guia 10/31/11/2011
8-Número da Carteira 000202532846100000102					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Vencida da Carteira 11/11/11	
12-Nome ELENICE ALMEIDA MACHADO		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano WELLINGTON ALMEIDA ORLANDO	
16-Atendimento a RH N					
17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN					
21-Código da Operadora / CNPJ / CPP 1311063898501		22-Nome do Contrato Externo MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		23-Número no CRO 50514	
24-Nome do Profissional Externo MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		25-Número no CRO 50514		26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Classe 42-Assinatura
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			11/11/11	20
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 3400	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, sou eu e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e ancorar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto 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 Beneficiário 11/11/11 20 M. P. Segantin	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 20 M. P. Segantin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 20 M. P. Segantin	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11 20 M. P. Segantin
--	---	---	--

Dr.ª Marília P. A. L. Segantin
Cirurgiã Dentista
CRO / SP - 50.514

Odette

QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA



Nombre	Apellido	Edad	Sexo
Código de barras			
Código de barras			

Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso	Fecha de salida
Código de barras		

Fecha	Descripción	Código de barras
12/12/2012	...	...
13/12/2012	...	...
14/12/2012	...	...
15/12/2012	...	...
16/12/2012	...	...
17/12/2012	...	...
18/12/2012	...	...
19/12/2012	...	...
20/12/2012	...	...
21/12/2012	...	...
22/12/2012	...	...
23/12/2012	...	...
24/12/2012	...	...
25/12/2012	...	...
26/12/2012	...	...
27/12/2012	...	...
28/12/2012	...	...
29/12/2012	...	...
30/12/2012	...	...

Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso	Fecha de salida
Código de barras		

Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso	Fecha de salida
Código de barras		



Dr. Martha P. A. S. Scrimin



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

406236
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/7/10/12/01	4-Data de Autorização 21/8/10/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001139	7-Data Validade da Sentença 21/5/10/12/01
8-Número da Carteira 0101202530633600000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome JAMES CARDOSO VARGA		14-1ª data 20/02/1981	15-Nome do titular do plano SAMUEL OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR		
16-Averbalmento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		18-Número no CRO 50514	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 13106389850	22-Nome do Contratado Executante MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		23-Número no CRO 50514	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Contratado MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN		27-Número no CRO 50514	28-UF SP	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carne/Régulo	34-Fluxo	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Mês da Oção	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	46	1	1	73100	0100			21/02/2011		Samuel
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	47	1	1	73100	0100			21/02/2011		Samuel
3												
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-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1146100	47-Valor Total R\$ 0100	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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/02/2011 M. P. Almeida	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/02/2011 M. P. Almeida	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/02/2011 Samuel	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/02/2011 M. P. Almeida
---------------	---	---	--	--

Dr. Marília Piva Almeida Leite Segantin
Cirurgiã Dentista
CRO/SP - 50.514



50-Dia, local e Assinatura do Conselho-Direção Regional	23/11/2020	independente
51-Dia, local e Assinatura do Conselho-Direção	23/11/2020	independente
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	23/11/2020	Katarina Branquinho
53-Dia, local e Cartão de Emprego	23/11/2020	



2 - Nº Guia no Prestador

402156

3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto de Recurso 2		5 - Número da Guia de Recurso de Classe Atribuído pelo 4 0 2 1 5 6	
6 - Nome do Contratado 3 1 0 6 3 8 9 8 5 0		7 - Nome do Contratante 50514/SP - MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN			
8 - Número do Protocolo 1		9 - Código da Guia do Protocolo 1		10 - Justificativa 12	
11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5 9 4 0 8		12 - Status AUTORIZADO		13 - Beneficiário 0020251055060177602 - JOSE CARLOS DA SILVA	
14 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) novo rx, mostrando efetividade da restauração MODv, Classe II		15 - Código da Guia 3 0 4 0			
16 - Data de Realização do Procedimento 1 8 0 8 2 0 2 0		17 - Quantidade 4 6		18 - Descrição do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	
19 - Valor Resarcido 6 7 1 0		20 - Justificativa do Prestador 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 2 6		21 - Código da Guia 3 0 4 0	
22 - Valor Acusado 0 0 0		23 - Descrição do Procedimento no exame clínico ficou evidente a opção por restauração como segue no novo rx feito depois de 2 meses			
24 - Valor Resarcido 0 0 0		25 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
26 - Valor Resarcido 0 0 0		27 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
28 - Valor Resarcido 0 0 0		29 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
30 - Valor Resarcido 0 0 0		31 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
32 - Valor Resarcido 0 0 0		33 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
34 - Valor Resarcido 0 0 0		35 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
36 - Valor Resarcido 0 0 0		37 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
38 - Valor Resarcido 0 0 0		39 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
39 - Valor Resarcido 0 0 0		40 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
41 - Valor Resarcido 0 0 0		42 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
43 - Valor Resarcido 0 0 0		44 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
45 - Valor Resarcido 0 0 0		46 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
46 - Valor Resarcido 0 0 0		47 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
47 - Valor Resarcido 0 0 0		48 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
48 - Valor Resarcido 0 0 0		49 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
49 - Valor Resarcido 0 0 0		50 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
50 - Valor Resarcido 0 0 0		51 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
51 - Valor Resarcido 0 0 0		52 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
52 - Valor Resarcido 0 0 0		53 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
53 - Valor Resarcido 0 0 0		54 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
54 - Valor Resarcido 0 0 0		55 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
55 - Valor Resarcido 0 0 0		56 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
56 - Valor Resarcido 0 0 0		57 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
57 - Valor Resarcido 0 0 0		58 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
58 - Valor Resarcido 0 0 0		59 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
59 - Valor Resarcido 0 0 0		60 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
60 - Valor Resarcido 0 0 0		61 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
61 - Valor Resarcido 0 0 0		62 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
62 - Valor Resarcido 0 0 0		63 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
63 - Valor Resarcido 0 0 0		64 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
64 - Valor Resarcido 0 0 0		65 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
65 - Valor Resarcido 0 0 0		66 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
66 - Valor Resarcido 0 0 0		67 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
67 - Valor Resarcido 0 0 0		68 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
68 - Valor Resarcido 0 0 0		69 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
69 - Valor Resarcido 0 0 0		70 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
70 - Valor Resarcido 0 0 0		71 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
71 - Valor Resarcido 0 0 0		72 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
72 - Valor Resarcido 0 0 0		73 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
73 - Valor Resarcido 0 0 0		74 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
74 - Valor Resarcido 0 0 0		75 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
75 - Valor Resarcido 0 0 0		76 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
76 - Valor Resarcido 0 0 0		77 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
77 - Valor Resarcido 0 0 0		78 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
78 - Valor Resarcido 0 0 0		79 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
79 - Valor Resarcido 0 0 0		80 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
80 - Valor Resarcido 0 0 0		81 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
81 - Valor Resarcido 0 0 0		82 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
82 - Valor Resarcido 0 0 0		83 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
83 - Valor Resarcido 0 0 0		84 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
84 - Valor Resarcido 0 0 0		85 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
85 - Valor Resarcido 0 0 0		86 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
86 - Valor Resarcido 0 0 0		87 - Descrição do Procedimento 0 0 0			
87 - Valor Resarcido 0 0 0		88			



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

402090

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 402090	
6 - Código na Operadora 13106389850		7 - Nome do Contratado 50514/SP - MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN					
8 - Número da Lota		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 -							
13 - Número da Guia no Prestador 342422		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 342422		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202510550001777602 - JOSE CARLOS DA SILVA	
17 - Código da Classe da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) segue envio de rx final com visibilidade para verificação. Rx inicial segue panorâmico do paciente				19 -	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Faixa		23 - Quantidade	
24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
28 - Valor Requerido		29 - Justificativa do Prestador		30 - Justificativa da Operadora			
31 - Valor Aceito							
32 - Valor Total Requerido (R\$) 293415		33 - Valor Total Aceito (R\$) 0400					
34 - Data do Recurso 31/07/2020		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	

Nº	Descrição	Quantidade	Valor	Valor Aceito
1-	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRADICULAR o rx inicial do tratamento e o panorâmico e segue novo rx final com nitidez	1	293415	0400
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				

Cirurgia Dent.
CRO/SP-50.514