



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



424802
INTERCAMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia

12/3/11/11/20

4-Data de Autorização

12/6/11/11/20

5-Será

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8077800

7-Data Validade de Seria

12/1/10/12/11

8-Nome do Contratado

LEONICE VIEIRA DA SILVA

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade de Carteira

12/1/11/11/20

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LEONICE VIEIRA DA SILVA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

LEONICE VIEIRA DA SILVA

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

12/01/1976

17-Nome do Profissional Solicitante

BENEDICTO LUIZ VIEIRA

18-Número no CRO

12029

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

21-Número no CRO

12029

22-UF

SP

23-Código CNES

Faturar Empresa

24-Nome de Profissional Executante

BENEDICTO LUIZ VIEIRA

25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

0008100030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

34-Fase

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Data

43-Data

44-Data

45-Data

46-Data

47-Data

48-Data

49-Data

50-Data

51-Data

52-Data

53-Data

54-Data

55-Data

56-Data

57-Data

58-Data

59-Data

60-Data

61-Data

62-Data

63-Data

64-Data

65-Data

66-Data

67-Data

68-Data

69-Data

70-Data

71-Data

72-Data

73-Data

74-Data

75-Data

76-Data

77-Data

78-Data

79-Data

80-Data

81-Data

82-Data

83-Data

84-Data

85-Data

86-Data

87-Data

88-Data

89-Data

90-Data

91-Data

92-Data

93-Data

94-Data

95-Data

96-Data

97-Data

98-Data

99-Data

100-Data

101-Data

102-Data

103-Data

104-Data

105-Data

106-Data

107-Data

108-Data

109-Data

110-Data

111-Data

112-Data

113-Data

114-Data

115-Data

116-Data

117-Data

118-Data

119-Data

120-Data

121-Data

122-Data

123-Data

124-Data

125-Data

126-Data

127-Data

128-Data

129-Data

130-Data

131-Data

132-Data

133-Data

134-Data

135-Data

136-Data

137-Data

138-Data

139-Data

140-Data

141-Data

142-Data

143-Data

144-Data

145-Data

146-Data

147-Data

148-Data

149-Data

150-Data

151-Data

152-Data

153-Data

154-Data

155-Data

156-Data

157-Data

158-Data

159-Data

160-Data

161-Data

162-Data

163-Data

164-Data

165-Data

166-Data

167-Data

168-Data

169-Data

170-Data

171-Data

172-Data

173-Data

174-Data

175-Data

176-Data

177-Data

178-Data

179-Data

180-Data

181-Data

182-Data

183-Data

184-Data

185-Data

186-Data

187-Data

188-Data

189-Data

190-Data

191-Data

192-Data

193-Data

194-Data

195-Data

196-Data

197-Data

198-Data

199-Data

200-Data

201-Data

202-Data

203-Data

204-Data

205-Data

206-Data

207-Data

208-Data

209-Data

210-Data

211-Data

212-Data

213-Data

214-Data

215-Data

216-Data

217-Data

218-Data

219-Data

220-Data

221-Data

222-Data

223-Data

224-Data

225-Data

226-Data

227-Data

228-Data

229-Data

230-Data

231-Data

232-Data

233-Data

234-Data

235-Data

236-Data

237-Data

238-Data

239-Data

240-Data

241-Data

242-Data

243-Data

244-Data

245-Data

246-Data

247-Data

248-Data

249-Data

250-Data

251-Data

252-Data

253-Data

254-Data

255-Data

256-Data

257-Data

258-Data

259-Data

260-Data

261-Data

262-Data

263-Data

264-Data

265-Data

266-Data

267-Data

268-Data

269-Data

270-Data

271-Data

272-Data

273-Data

274-Data

275-Data

276-Data

277-Data

278-Data

279-Data

280-Data

281-Data

282-Data

283-Data

284-Data

285-Data

286-Data

287-Data

288-Data



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.1*



372297
INTERCAMBIO

1. Nome do Paciente 406414	2. Data de Emissão da Guia 10/09/10	3. Data de Autorização 11/10/12	4. Senha Autorizado 7856957	5. Número da Guia Principal 1018/112/12
6. Nome do Beneficiário SEVERINA PEREIRA TORQUATO	7. Data de Validade da Guia 10/09/10	8. Nome do Titular do Plano SEVERINA PEREIRA TORQUATO	9. Número do Plano 12029	10. Data de Realização 07/09/1964
11. Nome do Profissional Solicitante BENEDICTO LUIZ VIEIRA	12. Nome do Contratado Executante BENEDICTO LUIZ VIEIRA	13. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	14. Número no CRO 12029	15. Número no CRO 12029
16. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	17. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	18. Número no CRO 12029	19. Número no CRO 12029	20. Número no CRO 12029
21. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	22. Nome do Contratado Executante BENEDICTO LUIZ VIEIRA	23. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	24. Número no CRO 12029	25. Número no CRO 12029
26. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	27. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BENEDICTO LUIZ VIEIRA	28. Número no CRO 12029	29. Número no CRO 12029	30. Número no CRO 12029

31. Descrição	32. Descrição	33. Denominação	34. Face	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Modelo da Guia	42. Valor
1. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 10	0 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
2. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 10	0 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
3. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 10	0 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
4. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 10	0 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
5. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15. 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43. Data Prescrição do Tratamento 11/10/10	44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcela	46. Total Quantidade US 1 4 14 10 10	47. Valor Total R\$ 10 10 10	48. Total Franquia / Co-participação R\$ 10 10 10
49. Data local e Assinatura do Contratado 21/10/20	50. Data local e Assinatura do Contratado 21/10/20	51. Data local e Assinatura do Contratado 21/10/20	52. Data local e Assinatura do Contratado 21/10/20	53. Data local e Assinatura do Contratado 21/10/20	54. Data local e Assinatura do Contratado 21/10/20

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N⁺

406878
INTERCÂMBIO

Região: ANS		14 Data de Emissão da Guia		14 Data de Autorização		5-Serção		6-Número da Guia Principal		7-Dia Validade da Serção	
4064.4		12/8/11/01/2/0		11/11/11/2/0		AUTORIZADO		8003645		12/6/11/01/2/1	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira na				9-Plano				10-Empresa			
002020253260891000010101				POS REDE PRESTADORA				DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome											
ANANIAS PEDRO DA SILVA											
14-Telefone											
() - - - - -											
15-Nome do titular do plano											
ANANIAS PEDRO DA SILVA											
16-Adoamento a RN											
N											
17-Nome do Profissional Solicitante											
BENEDICTO LUIZ VIEIRA											
18-Número no CRO											
12029											
19-UF											
SP											
20-Código CBO S											
025 -											
Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF											
70480524815											
22-Nome do Contratado Executante											
BENEDICTO LUIZ VIEIRA											
23-Número no CRO											
12029											
24-UF											
SP											
25-Código CBO S											
12029											
26-Nome do Profissional Executante											
BENEDICTO LUIZ VIEIRA											
27-Número no CRO											
12029											
28-UF											
SP											
29-Código CBO S											
12029											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ond	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 1 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 1 0	0 1 0 0	S 128 110 89				
2								ASB 110 89				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Janeiro Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US\$ 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

☐ 1-Total 2-Parcial 3 4 1 0 1 0 10 1 0 1 0 10 1 0 1 0

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conheço e aceito a necessidade do tratamento, compreendo a natureza e o escopo dos procedimentos a serem realizados, incluindo os procedimentos necessários para a obtenção de resultados satisfatórios, e estou ciente de que os resultados podem não ser os esperados. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que estiver sendo executado, os honorários de tratamento realizados, compreendendo-me a arca com os custos conforme previsto em contrato.

4.3-Observaçao

5. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/20

2010/03/23

三	二	一
---	---	---

11/11/11

Benedito Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

~~Benedita Luiz Vieira~~
~~Cirurgia Dentista~~
~~CROSP-12092~~

[illegible]



413599
INTERCÂMBIO

Região: ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 11/12/10	14-Data de Autorização 11/11/11 11/12/10	15-Série AUTORIZADO	16-Número da Guia Principal 8030404	7-Data Validação da Série 10/11/10 12/11/11
8-Nome do Beneficiário ANANIAS PEDRO DA SILVA	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANANIAS PEDRO DA SILVA	16-Alertamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BENEDICTO LUIZ VIEIRA	18-Número no CRO 12029	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17014805214815	22-Nome do Contratado Executor BENEDICTO LUIZ VIEIRA	23-Número no CRO 12029	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executor BENEDICTO LUIZ VIEIRA	27-Número no CRO 12029	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00					
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00					
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00					
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00					
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- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	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 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 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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

Benedicto Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

Benedicto Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

Benedicto Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

Benedicto Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N

406932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	12/8/10 // 20
4-Data de Autorização	10/11/12 // 20
5-Semana	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8003961
7-Data Válidade da Semana	12/6/10 // 21

8-Número da Carteira	000202532869900000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Válido da Carteira	____/____/____
12-Número do Cartão	_____

13-Nome	ALESSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA
14- Data de Nascimento	11/07/1996
15- Nome do titular do plano	ALESSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BENEDICTO LUIZ VIEIRA
18-Número no CRO	
19-UF	20-Código CRO S
SP	
025 - Faturar Empresa	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	7 0 4 8 0 5 2 4 8 1 5
22-Nome do Contratado / Executante	BENEDICTO LUIZ VIEIRA
23-Número no CRO	12029
24-UF	SP
25-Código CNES	

26- Nome do Profissional Executante		27- Número no CRO		28- UF	29- Código CRO S
BENEDICTO LUIZ VIEIRA		12029		SP	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados		39. Anl	40. Data
35. Tabela	33. Descrição	34. Face	35. Chd
36. Código do Procedimento	33. Dente/Região	36. Quantidade US	37. Valor
			38. Franquia/Co-participação R\$

[illegible]

0	8	5	3	0	0	4	7
RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASE	1	3	6	0	0	0
HALE	1	3	6	0	0	0	0

[illegible][illegible][illegible][illegible]A vertical ruler scale showing centimeters from 0 to 10. The markings are clear and precise, used for measuring the length of the object.[illegible]

The diagram is a vertical timeline with a central axis. The axis is marked with years from 1945 to 1995 in increments of 5 years. To the left of the axis, there are tick marks for each year. To the right of the axis, there are tick marks for each month. A legend at the top right indicates that the vertical line represents the 'Year' and the horizontal line represents the 'Month'.

[illegible]

43 Data Previsto término do Tratamento	1/1	1/1	1/1	1/1
44 Tipo de Atendimento	1 - Tratamento Odontológico	2 - Exame Radiológico	3 - Consultas	4 - Físicas/Emergências
45 Tipo de Faturamento	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcel			
46 Total Quantidade US	1	4	4	00
47 Valor Total R\$			0	00

Declaro que atos ter sido devidamente esclarecido sobre os propostos riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo atendimento. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional(a) indicado(a), o valor devido pelo presente contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s).

(Assinatura) _____

Aqui se declara a confirmação prevista no artigo 6º.

referentes ao Tratamento Educacional, aplicando-se a todos os alunos com deficiência, conforme previsto no art. 20, inciso II, da Lei nº 9.394/96 (LDB).

52) Data local e Assinatura do Cliente/Responsável	53) Data local e Carimbo da Empresa
52) Data local e Assinatura do Cliente/Responsável	53) Data local e Carimbo da Empresa

10.11.20	10.11.20	10.11.20 x Alexander	10.11.20
----------	----------	----------------------	----------

1900

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



406215

2

[illegible][illegible]

que se deu no decorrer da história, com ênfase no período compreendido entre 1964 e 1984, quando ocorreu a ditadura militar. Nesse período, houve uma repressão política e social, com a censura e a perseguição aos movimentos sociais, o que resultou na perda de muitos direitos e liberdades individuais e coletivas. Além disso, houve uma concentração de poder nas mãos de uma elite econômica e política, o que levou à desigualdade social e à exclusão de grandes segmentos da população. Apesar disso, houve também movimentos de resistência e luta por direitos, que contribuíram para a construção de uma sociedade mais democrática e pluralista no Brasil.

221020

23/10/20

27 10 20 x Almond 27 10 20

Benedito Luiz Vieira
Cuiabá, Mato Grosso
CROER 1283

44-38861-1000
 Cirujia Dental
 CROSP 12025



406215
INTERCÂMBIO

Registro ANS
406414

3-Dati de Emissão da Guia
27/11/2012

4-Data de Autorização
10/11/2012

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8001009

7-Data Validade de Será
12/10/11/21

Dados do Beneficiário

1-Data de Nascimento
00/02/53

2-Data de Autorização
POS REDE PRESTADORA

3-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

4-Data Validade da Carteira
11/11/11

5-Número de Cartão Nacional de Saúde

6-Nome
ALESSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA

7-Data de Emissão
11/07/1998

8-Nome do titular do plano
ALESSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

9-Atendimento a FN
N

10-Nome do Profissional Solicitante
BENEDICTO LUIZ VIEIRA

11-Data de Emissão
12/09

12-UF
SP

13-Código CBO S
025

14-Data de Emissão
Faturar Empresa

15-Código na Operadora CNPQ
70480524815

16-Nome do Contratado Executante
BENEDICTO LUIZ VIEIRA

17-Número no CRO
12029

18-UF
SP

19-Código CNES
12029

20-Código CBO S
12029

21-Nome do Profissional Executante
BENEDICTO LUIZ VIEIRA

22-Número no CRO
12029

23-UF
SP

24-Código CBO S
12029

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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 Guia	42-Autorização
1	00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34	00	0,00	0,00	0	27/10/2012		
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-Atendimento 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\$
10,00

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima não foram realizados com o 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, compreendendo os honorários e custos conforme previsto em contrato.

48-Operadora

50-Cancela e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante
Benedicto Luiz Vieira
CROSP 12029

51-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/10/2012

52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/10/2012

53-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/10/2012

54-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Benedicto Luiz Vieira
CROSP 12029

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



406941
INTERCAMP

1. Registro AAS 406414	3. Data de Emissão da Guia 12/8/11 01/20	4. Data de Autorização 1/01/11 20	5. Agência AUTORIZADO	6. Número da Guia Original 8004077	7. Data de Validade da Guia 12/6/10 11/21
8. Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 6 9 9 0 0 0 0 1 0 1			9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Especialidade DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data de Emissão da Carteira 11/07/1998
12. Nome ALESSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA			13. Nome do titular do plano ALESSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA		
14. Dados de Contato Residência pelo Tratamento					
15. Alinhamento a RN N		16. Nome do Profissional Solicitante BENEDICTO LUIZ VIEIRA		17. Número no CRO 12029	
18. Código da Operadora - CNV/CNP 7 0 4 8 0 5 2 4 8 1 5		19. Nome do Contratado Executante BENEDICTO LUIZ VIEIRA		20. Número no CRO 12029	
21. Nome do Profissional Executante BENEDICTO LUIZ VIEIRA		22. Número no CRO 12029		23. Código CRO S SP	
24. Código CRO S SP		25. Código CRO S SP		26. Código CRO S SP	

30. Descrição	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente Regido	34. Área	35. Dto	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Nome da Guia
1	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
3	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
4	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
5	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
6	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
7	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	10/11/20	11
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42. Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	43. Tipo de Alinhamento 1	44. Tipo de Alinhamento 1	45. Tipo de Tratamento 1	46. Total Quantidades US 1 4 8 8 1 0 0	47. Valor Total R\$ 1 0 1 0 0	48. Total Franquia / Co-participação R\$ 1 0 1 0 0
---	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	---	----------------------------------	---

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro ainda que os procedimentos e serviços acima e por mim assinados, foram realizados 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, conforme acima e de acordo com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Benedicto Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Benedicto Luiz Vieira
Cirurgião Dentista
CROSP 12029

Relatório Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

CRO: 12029/SP

Cirurgião Dentista (1739) - BENEDICTO LUIZ VIEIRA

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
356486 - I	ROSELI DE OLIVEIRA (00202526546900000102)		13/08/2020	300	0.32	R\$ 96.00
364223 - I	SEVERINA PEREIRA TORQUATO (00202510550600995701)		26/08/2020	34	0.32	R\$ 10.88
372297 - I	SEVERINA PEREIRA TORQUATO (00202510550600995701)		09/09/2020	144	0.32	R\$ 46.08
382523 - I	MARIA LENITE DA SILVA LEMOS (00202510550601676301)		24/09/2020	73	0.32	R\$ 23.36
406215 - I	ALEXSSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA (00202532869900000101)		27/10/2020	34	0.32	R\$ 10.88
406878 - I	ANANIAS PEDRO DA SILVA (00202532608900000101)		28/10/2020	34	0.32	R\$ 10.88
406932 - I	ALEXSSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA (00202532869900000101)		28/10/2020	144	0.32	R\$ 46.08
406941 - I	ALEXSSANDRA DE OLIVEIRA FERREIRA (00202532869900000101)		28/10/2020	488	0.32	R\$ 156.16
413599 - I	ANANIAS PEDRO DA SILVA (00202532608900000101)		06/11/2020	144	0.32	R\$ 46.08
424802 - I	LEONICE VIEIRA DA SILVA (00202532772400000101)		23/11/2020	34	0.32	R\$ 10.88

Totalizador por Operadora			
	Nº de USOs:		1429
	Nº de atendimentos:		10
	Valor:		R\$ 457.28
Totalizador			
	Nº de USOs:		1429
	Nº de atendimentos:		10
	Valor:		R\$ 457.28

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 13:55

Página 1 de 1