



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



410159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8017152	7-Data Validade da Senha 01/10/21
8-Número da Carteira 00202510550601796502			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JOSE EDUARDO PARRILHA CASEMIRO			14-Teléfono 01/03/1969	15-Nome do titular do plano ANDREA APARECIDA GUIMARAES RIBEIRO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR			18-Número no CRO 103071	19-UF SP	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39541593844			22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR	23-Número no CRO 103071	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR			27-Número no CRO 103071	28-UF SP	29-Código CBO S Enviar - RX (H) 85100218
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	001851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDP	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20		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 122100
47-Valor Total R\$ 10100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 20.900.764.000,31		49-Observação Imagens analisadas	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/11/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20		54-Data, local e Assinatura do Responsável 05/11/20		55-Data, local e Assinatura do Responsável 05/11/20	

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 prestador de serviços odontológicos, e a pagar os valores 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 as despesas referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA
AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
JARDIM SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
MARILIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



404133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2010	4-Data de Autorização 27/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992864	7-Data Validade da Senha 22/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532828700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDINEI BELO ROBLES		14-Telefone 28/04/1983	15-Nome do titular do plano CLAUDINEI BELO ROBLES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI	18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898	22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 125115	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0018153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US
2	0018153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	37-Valor
3	0018153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38-Franquia/Co-participação R\$
4	0018153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	39-Aut
5	001810000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	40-Data de Realização
6	001810000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	41-Motivo da Glosa
7					42-Assinatura
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/2010					
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 172,00					
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 obrigações do profissional e da operadora, bem como 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 os procedimentos contratados, mediante este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2010	
53-Data, local e Assinatura do Emprego 20/11/2010		54-Data, local e Assinatura do Emprego 20/11/2010			

20.990.764/0001-24

RAFAEL MARTINS COELHO, 1879
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
MARÍLIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2010	4-Data de Autorização 02/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916398	7-Data Validade da Senha 21/08/2012	385696 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 010210251101550601555502		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROGERIO TIOSSI LIRA		14-Telefone 21/10/1978 (11) 8114710263	15-Data Validade da Carteira / /		16-Nome do titular do plano MARIA RAQUEL DE MOURA LIRA	
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		19-Número no CRO 125115	20-UF SP	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1405173470898		23-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		24-Número no CRO 125115	25-UF SP	26-Código CNES Envair - RX (F) 85200166-35 (I) 85100200
27-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		28-Número no CRO 125115	29-UF SP	30-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado						
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US
1	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00
2	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00
3	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00
4	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00
5	0101852000166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	1	258,00
6	0101851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35 OD	1	1	88,00
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa		
26.950,764/000131						
42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2010		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 490,00
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 no 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, no premissas do contrato que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI CAZARI LTDA.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2010		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2010
				JOÃO MARTINS COELHO, 1979		JD. SANTA ANTONIETA - CEP 17312-310
						MARILIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308550
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Data de Autorização 29/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7527930	7-Data Validade da Senha 24/01/2012
8-Data do Beneficiário			10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Número da Carteira 0102025110550601290401			13-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome MARCIO SOARES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO SOARES	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR	18-Número no CRO 103071	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 395411593844			22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR	23-Número no CRO 103071	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR			27-Número no CRO 103071	28-UF SP	29-Código CBO S
20-Código CBO S					
025 - Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1
2	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1
3	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1
4	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão 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-Valor Total R\$ 26.950,76		47-Valor Total R\$ 26.950,76		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012		54-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7860032	7-Data Validade da Senha 09/12/2012	372979 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202510550600821901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDELICIO BATISTA SERENO JUNIOR		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano EDELICIO BATISTA SERENO JUNIOR			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40464115892		22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 118509	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
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2012		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 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 pagar em meus próprios prazos de 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, as despesas com o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2012 JOÃO MARTINS COELHO, 1979 RUA SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.			

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

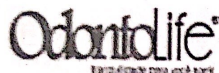
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/09/2010		4-Data de Autorização 09/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7840468		7-Data Validade da Senha 30/11/2010		368146 INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 00202510550601699102										9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
13-Nome ZELIA DE OLIVEIRA BEZERRA										14-Telefone 20/11/1956 (11) 3413-5811		11-Data Validade da Carteira 11/11/11			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde										15-Nome do titular do plano CLAUDIA NAYARA DE OLIVEIRA BEZERRA					
16-Atendimento e RN N															
17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI															
18-Número no CRO 125115															
19-UF SP															
20-Código CBO S 025 -															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140573470898															
22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI															
23-Número no CRO 125115															
24-UF SP															
25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200															
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI															
27-Número no CRO 125115															
28-UF SP															
29-Código CBO S															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabella	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	0,00			23/11/2010		[Assinatura]			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			23/11/2010		[Assinatura]			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			23/11/2010		[Assinatura]			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			23/11/2010		[Assinatura]			
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MOD	1	122,00	0,00			23/11/2010		[Assinatura]			
6-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00			23/11/2010		[Assinatura]			
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/2010		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 354,00		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 a 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 os custos do tratamento. Assunto: Valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/2010 [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2010 [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2010 [Assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2010 [Carimbo] JOÃO MARTINS COELHO, 1979 JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310			
MARÍLIA - SP.															

26.950,764/00013



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8017100	7-Data Validade da Senha 01/10/2012	410009 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202533090800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde	
13-Name KEROLYN CHRISTINE ALTAVIS DE JESUS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KEROLYN CHRISTINE ALTAVIS DE JESUS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		18-Número no CRO 103071	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39541593844		22-Nome do Contratado Exercitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		23-Número no CRO 103071	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exercitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		27-Número no CRO 103071		28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Setor	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0101851101010164		FACETA DIRETA EM RESINA	11	V	1	117121010
2-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	117121010
3-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	117121010
4-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	117121010
5-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	117121010
6-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	117121010
7-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	117121010
8-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	117121010
9-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36100
10-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36100
11-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36100
12-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36100
13-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-010185131010147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
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 17431010
47-Valor Total R\$ 101010		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010		
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 e procedimentos estabelecidos 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, a operacional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
60-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Solicitante 12/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 12/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2012

Odontolife
Sua qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409954
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2011	4-Data de Autorização 04/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8016789	7-Data Validade da Senha 01/10/2011
8-Número do Cartão 00202533090800001021		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRE DO NASCIMENTO LEMES		14-Telefone (11) - / -	15-Data de Nascimento 28/02/1985		
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR	18-Número no CRO 103071	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39541593844		22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		23-Número no CRO 103071	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		26-Número no CRO 103071		27-UF SP	28-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	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/11/2011		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/11/2011		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/11/2011		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/11/2011		
5	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			12/11/2011		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2011	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 205,00	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 e procedimentos estabelecidos no presente 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, o valor referente 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 11/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2011	
								CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA. JOÃO MARTINS COELHO, 1979 SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.	



2-N

MARIKILIS - SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 14/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944203	7-Data Validade da Senha 06/11/2011	392336 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 002025317007000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome PATRICIA CRISTINA CALUBRIZI A DA SILVA		14-Telefone 07/04/1986	15-Nome do titular do plano PATRICIA CRISTINA CALUBRIZI A DA SILVA				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR	18-Número no CRO 103071	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39541593844		22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR	23-Número no CRO 103071	24-UF SP	25-Código CHES (I) 85100200	Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		27-Número no CRO 103071	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	
11							
12							
13							
14							
15							
43-Data Previsto Término do Tratamento 28/11/2010		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 664,00	
47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Valor Total R\$ 26.930,76			
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, por meio de crédito em meu cartão de crédito, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/2010							51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2010
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2010							53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/11/2010
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA. JOÃO MARTINS COELHO, 1979 JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.							



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

424401

Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 2 4 4 0 1	
6 - Nome do Contratado 6 9 5 0 7 6 4 0 0 0 1 3 1		7 - Nome do Contratado 103071/SP - JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		12 -	
13 - Número da Guia no Prestador 3 3 6 1 4		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 3 6 1 4		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 0202530118600000101 - SAMUEL RODRIGO FONSECA	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) <i>Novo foto do RX enviada</i>		19 -		20 -	
20 - Data de Realização do Procedimento 0 3 0 7 2 0 2 0		21 - Dente/Região 4 8		22 - Face 0 1		23 - Quantidade 9 4	
24 - Valor Recusado 2 6 6 5 0		25 - Justificativa do Prestador 0 4 1 8 5 2 0 0 1 5 8		26 - Procedimento/Item Assistencial TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR		27 - Código da Glosa 3 0 8 1	
28 - Valor Recusado 0 4 0 0		29 - Justificativa da Operadora		30 -		31 -	
32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 6 6 5 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 4 0 0		34 -		35 -	
36 - Data do Recurso 1 0 0 7 2 0 2 0		37 - Assinatura do Prestador <i>[Assinatura]</i>		38 - Data da Assinatura da Operadora 1 0 0 7 2 0 2 0		39 - Assinatura da Operadora <i>[Assinatura]</i>	

26.950.764/0001-31
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.
R. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
Jd. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
MARÍLIA - SP.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



423669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/11/2101	4-Data de Autorização 21/01/11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8072905	7-Data Válida da Senha 11/01/21/2101
8-Dados do Beneficiário			10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida da Carteira	
9-Número da Carteira 1010210215110151016101411721011			14-Telefone (11) 31101965	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARA SILVIA SANTANA FLUMIAN			15-Nome do titular do plano MARA SILVIA SANTANA FLUMIAN		
16-Atendimento e RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 391541159138141		22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		23-Número no CRO 103071	
24-UF SP		25-Código CNES		26-UF SP	
27-Número no CRO 103071		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	010181101010149	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-	010181101010141	RX PERIAPICAL	RPSE		1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/01/11/2101		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 4810101		47-Valor Total R\$ 010101		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações dos profissionais assistenciais e a pagar os custos previstos no 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, 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 21/01/11/2101		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/11/2101		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/11/2101	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/11/2101		CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA. AV. JOAO MARTINS GOMES, 1979 SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARILIA - SP.			

OdontoLife[®]
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/8/11/11/2011	4-Data de Autorização 11/9/11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8067272	7-Data Validade da Senha 11/6/11/02/11/2011
Dados do Beneficiário		10-Empresa INSIGHT TECNOLOGIA DA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/2011	
8-Número da Carteira 1010210215215094710101010101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRAS HOSIM NETO		14-Teléfono (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano ANDRAS HOSIM NETO	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14051713471081918		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	
25-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		29-Código CBO S	
24-UF SP		28-UF SP		25-Código CNES	
20-Código CBO S		26-UF SP		39-Aut 025 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-101018210101010116		EXODONTIA A RETALHO	26	1	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/9/11/11/2011		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 7131010		47-Valor Total R\$ 101010		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 a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/9/11/11/2011					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/9/11/11/2011					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/9/11/11/2011					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/9/11/11/2011					
54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/9/11/11/2011					

Odontolife
 tudo que precisa para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

351533
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/05/2012		4-Data de Autorização 01/08/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7762882		7-Data Validade da Senha 01/11/2012		
8-Dados do Beneficiário				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
9-Número da Carteira 010210253120010001001014				9-Plano POS REDE PRESTADORA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO		
13-Nome RAFAELA MAIELLO				23/07/2012								
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				18-Número no CRO 125115		19-UF SP		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898				22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				23-Número no CRO 125115		24-UF SP		
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				27-Número no CRO 125115				28-UF SP		29-Código CBO S		
20-Código CBO S				025 - Faturar Empresa								
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-	01084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00			01/05/2012		Beatriz Maello
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/10/2012		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 7,20		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 da operadora 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, a qualquer título, a qualquer tempo, a qualquer lugar, a qualquer título, 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 01/05/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/05/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/05/2012				
								53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/05/2012				

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
 CAZARI E CAZARI LTDA.

AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1579
 SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
 MARÍLIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416469
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 19/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8042576	7-Data Validade da Senha 09/12/2011
8-Número da Carteira 00202532649300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA PATRICIA DA SILVA			14-Telefone 16/05/1994	15-Nome do titular do plano AMANDA PATRICIA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	24-UF SP
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115	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
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	136100
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	136100
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	136100
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	136100
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/2011		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 1144100
47-Valor Total R\$ 126050,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 00,00	
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 de saúde, e a pagar os valores devidos 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, os valores devidos pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2011					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/2011					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2011					
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON CAZARI E CAZARI LTDA. JOÃO MARTINS COELHO, 1979 SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.					



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012		4-Data de Autorização 20/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7970616		7-Data Validade da Guia 17/10/2012		899933 INTERCÂMBIO																																																																																							
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira / /				12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																							
13-Nome CARLOS EDUARDO RAPANELO RONDON				14-Teléfono 06/05/1983				15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO RAPANELO RONDON																																																																																											
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115		19-UF SP		20-Código CBO S		205 - Faturar Empresa																																																																																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115		24-UF SP		25-Código CNES		Enviar - RX (IF) 85200158-46																																																																																									
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		28-UF SP		29-Código CBO S				(IF) 85200158-47																																																																																									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																			
30-Tabella		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		0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO		46		1		5		3300		0000		S1331120																																																																																			
2		0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO		47		1		5		3300		0000		S1331120																																																																																			
3																																																																																																			
4																																																																																																			
5																																																																																																			
6																																																																																																			
7																																																																																																			
8																																																																																																			
9																																																																																																			
10																																																																																																			
11																																																																																																			
12																																																																																																			
13																																																																																																			
14																																																																																																			
15																																																																																																			
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/2012		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 106600		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 no 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 este documento, os referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.														26.950.764/0001-31																																																																																					
49-Observação														CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA																																																																																					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2012		54-Data, local e Carimbo da Empresa		55-Data, local e Carimbo da Empresa		56-Data, local e Carimbo da Empresa																																																																																							
57-Data, local e Carimbo da Empresa														58-Data, local e Carimbo da Empresa		59-Data, local e Carimbo da Empresa		60-Data, local e Carimbo da Empresa		61-Data, local e Carimbo da Empresa		62-Data, local e Carimbo da Empresa		63-Data, local e Carimbo da Empresa		64-Data, local e Carimbo da Empresa		65-Data, local e Carimbo da Empresa		66-Data, local e Carimbo da Empresa		67-Data, local e Carimbo da Empresa		68-Data, local e Carimbo da Empresa		69-Data, local e Carimbo da Empresa		70-Data, local e Carimbo da Empresa		71-Data, local e Carimbo da Empresa		72-Data, local e Carimbo da Empresa		73-Data, local e Carimbo da Empresa		74-Data, local e Carimbo da Empresa		75-Data, local e Carimbo da Empresa		76-Data, local e Carimbo da Empresa		77-Data, local e Carimbo da Empresa		78-Data, local e Carimbo da Empresa		79-Data, local e Carimbo da Empresa		80-Data, local e Carimbo da Empresa		81-Data, local e Carimbo da Empresa		82-Data, local e Carimbo da Empresa		83-Data, local e Carimbo da Empresa		84-Data, local e Carimbo da Empresa		85-Data, local e Carimbo da Empresa		86-Data, local e Carimbo da Empresa		87-Data, local e Carimbo da Empresa		88-Data, local e Carimbo da Empresa		89-Data, local e Carimbo da Empresa		90-Data, local e Carimbo da Empresa		91-Data, local e Carimbo da Empresa		92-Data, local e Carimbo da Empresa		93-Data, local e Carimbo da Empresa		94-Data, local e Carimbo da Empresa		95-Data, local e Carimbo da Empresa		96-Data, local e Carimbo da Empresa		97-Data, local e Carimbo da Empresa		98-Data, local e Carimbo da Empresa		99-Data, local e Carimbo da Empresa		100-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

418091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2010	4-Data de Autorização 13/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8049309	7-Data Validade da Senha 10/12/2011							
8-Número da Carteira 0020202510550601883101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome CARLOS EDUARDO RAPANELO RONDON			14-Telefone 06/05/1983	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO RAPANELO RONDON								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	24-UF SP							
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115	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
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/11/2010		
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/11/2010		
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/11/2010		
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/11/2010		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/2010		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\$ 26.950,64/000137		
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 a pagar os custos previstos no 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												
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2010			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2010			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2010			53-Data, local e Carimbo da Operadora 13/11/2010			
AV. JOAO MARTINS COELHO, 979			SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310			MARILIA - SP.						

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/5/11 11/12/01	4-Data de Autorização 21/7/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090194	7-Data Validação da Senha 21/3/10 12/12/11
8-Número da Carteira 01020215239237010102153012			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SARA LIDIANE ALVES VIEIRA			14-Telefone 14/07/1989 () - - - - -	15-Data Validade da Carteira / /	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39541593844			22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		
23-Número no CRO 103071			24-UF SP		
25-Código CNES			26-UF SP		
27-Número no CRO 103071			28-UF SP		
29-Código CBO S			30-Código CBO S		
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		

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	010182010108715	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	173,00	0,00	0,00		28/11/2011		
2	010182010108715	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	173,00	0,00	0,00		28/11/2011		
3	010182010108715	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	173,00	0,00	0,00		28/11/2011		
4	010182010108715	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	173,00	0,00	0,00		28/11/2011		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/8/11 11/12/01	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 2921010	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), 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, o(s) valor(s) devido(s), os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/11 11/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/11 11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/11 11/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/11 11/12/01 JOÃO MARTINS COELHO 1879 SANTA ANTONIETA - CEP 17512-310 MARÍLIA - SP.