

[illegible]

2-№

[illegible]

1832948

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o[illegible]

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
1-0	0	18	1	0	1	4	0	5		07/08/21	1220
RADIOGRAFIA PANORÂMICA											
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data,Previsão,Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento	
07/08/21										1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento										46-Total Quantidade US	
1-Total 2-Parcial										78,00	
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), fôra(m) 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

[illegible]

OmniLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ARS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 11:21		4-Data de Autorização 10/7/10 18:12 11		5-Sigla AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8883923		7-Data Validade do Sistema 29/11/10 12:11		642464 INTERCÂMBIO																			
Dados do Beneficiário																															
8-Número da Carteira 002020253951460000101021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome FERNANDO DOMINGOS RAMOS												14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do Titular do plano ISABEL APARECIDA RIBEIRO RAMOS																	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09		21-Data Validade da Carteira 025 -		22-Número do Contrato Executante Faturar Empresa																			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 191025696041				22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES				23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405																			
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES				27-Número no CRO 21354		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									
1-001810010405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		781010		010010		S		07/08/21																			
2-																															
3-																															
4-																															
5-																															
6-																															
7-																															
8-																															
9-																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
43-Data Prevista Término do Tratamento 07/08/21												44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 781010				47-Valor Total R\$				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	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	07/08/21 Rafael
53-Data, local e Garimpo da Empresa	07/08/21 Rafael

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

624065
INTERCÂMBIO

2-Nº

6-Número da Guia Principal
8827237

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/07/12/11

3-Data de Emissão da Guia
11/09/07/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00002025203994000294011

10-Empresa
PERKONS S A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CARLOS ALBERTO ALVES DE SOUSA

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
CARLOS ALBERTO ALVES DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
21354

19-UF
SP

20-Código CBO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11911021516191604

22-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23-Número no CRO
21354

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

27-Número no CRO
21354

28-UF
SP

29-Código CBO S

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000405

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 Clissa 42-Assinatura
1-000181100040405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1			178100				21/07/21	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
21/07/21

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
178100

47-Valor Total R\$

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRC 21354



tranquilidade para você emitir

1801193

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

633924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2017	4-Data de Autorização 12/06/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8857425	7-Data Validade da Senha 12/06/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202539615100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	14-Telefone	15-Nome do titular do plano LUZIA SANTOS DOS ANJOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 21354	19-UF SP	20-Código CBO S 09	25-Código CNES	25-Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11911012151691604	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	28-UF SP	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00018101004015	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	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						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Tipo de Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cartão da Empresa

1733092



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

611756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/07/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8787370		7-Data Validade da Senha 05/11/2012	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 00202538513600010101		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 ARAUJO									
14-Telefone									
15-Nome do titular do plano PATRICIA ARAUJO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19102569604		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES 81000405	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-008100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7800		37-Valor	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Prescrição/Requisito do Tratamento 08/07/2011									
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência									
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial									
46-Total Quantidade US 7800									
47-Valor Total R\$ 0000									
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000									
49-Observação									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante									
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/2011									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/2011									
53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/07/2011									

08/07/2011

1737299



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



617312
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8805421	7-Data Validade da Senha 11/11/10/12/11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020202538618800010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NILCIMARA LAIZ SILVA BUNIZIO				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano JOAO CLAUDEMIR MACHADO BUNIZIO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 21354	19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119102569604	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-00345	32-Descrição DOC ORTODONTICA "A"	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1
36-Quantidade US				
37-Valor				
38-Franquia/Co-participação R\$				
39-Aut				
40-Data de Realização				
41-Motivo da Guia 42-Assinatura				
43-Data Prescrição/Término do Tratamento 13/07/2011				
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				
46-Total Quantidade US				
47-Valor Total R\$				
48-Total Franquia / Co-participação R\$				
49-Observação				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				
53-Data, local e Assinatura da Empresa				



COLT

Kd@0008ta
CR021354

1786715



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

627475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 11:21	4-Data de Autorização 12/11/07 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8838699	7-Data Validade da Senha 19/11/07 11:21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539673200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAIMUNDO ALVES DA COSTA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano RAIMUNDO ALVES DA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 21354	19-UF SP	20-Código CBO S 09	25-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11911025696104	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES					
27-Número no CRO 21354					
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
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	7800	
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/12					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 7800					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

1785 2027

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 0 7 / 1 2 1 1		4-Data de Autorização 1 2 0 / 1 0 7 / 1 2 1 1		5-Serha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8817271		7-Data Validade da Serha 1 3 / 1 1 0 / 1 2 1 1		621005 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 1 0 1 2 0 2 5 3 9 5 7 7 3 1 0 0 0 1 0 1 0 3				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome CAMILA ROSA BORGES DE CASTRO				14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano HEBERT DA SILVA															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES																					
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354																					
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	
1-0 0 1 8 1 0 0 4 0 5		1		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		S		20/07/21		afando					
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Prevista Término do Tratamento 20/07/21		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 8 0 0		47-Valor Total R\$		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 Beneficiário / Responsável				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				53-Data, local e Assinatura da Empresa											
												Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires											

1785210



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
06/10/20064-Data de Autorização
20/07/20115-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
87811557-Data Validade da Senha
04/11/2011609779
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202025395773000001029-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
06/12/2006

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
HEBERT RICHARD SOUZA DA SILVA14-Telefone
()15-Nome do titular do plano
HEBERT DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA18-Número no CRO
2135419-UF
SP20-Código CBO S
0921-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1910256960422-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES23-Número no CRO
2135424-UF
SP25-Código CNES
0926-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES27-UF
SP28-Código CBO S
0929-Número no CRO
2135430-Valor
0,0031-Quantidade US
132-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA33-Dente/Região
134-Face
035-Valor
0,0036-Quantidade US
137-Valor
0,0038-Franquia/Co-participação R\$
0,0039-Aut
S40-Data de Realização
20/07/201141-Motivo da Glosa
42-Assinatura
Combo43-Data Prevista Término do Tratamento
08/10/201144-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
78,0047-Valor Total R\$
0,0048-Total Franquia / Co-participação R\$
0,0049-Observação
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.50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
06/10/2006, Cirio RadioLogia Odontologica, Luiz Carlos Ferreira Pires51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/07/2011, Cirio RadioLogia Odontologica, Luiz Carlos Ferreira Pires52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/07/2011, Cirio RadioLogia Odontologica, Hebert Richard Souza da Silva53-Data, local e Assinatura da Empresa
20/07/2011, Cirio RadioLogia Odontologica, Cirio RadioLogia Odontologica

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 7 / 2 1	4-Data de Autorização 2 0 / 0 7 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8817262	7-Data Validade da Senha 1 3 / 1 0 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário													12-Numero do Cartão Nacional de Saúde												
8-Número da Carteira													11-Data Validade da Carteira												
0 0 2 0 2 5 3 9 5 7 7 3 0 0 0 0 1 0 1													10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira												
9-Plano													15-Nome do titular do plano												
POS REDE PRESTADORA													HEBERT DA SILVA												
13-Nome													14-Telefone												
HEBERT DA SILVA													22/11/1985												

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA							
1191102569604		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF							
		22-Nome do Contratado Executante							
		LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES							
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO							
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		21354							
		18-Número no CRO		19-Uf		20-Código CBO S		25-Código CNES	
		21354		SP		09			
		23-Número no CRO		24-Uf		29-Código CBO S		28-Uf	
		21354		SP				SP	

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	12/05/2011	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	780,00	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), 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cautelo da Empresa	Dr. Luiz Carlos de Almeida Pires
	20/07/2011	20/07/2011	20/07/2011	

[illegible]

1783092



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017	4-Data de Autorização 13/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8807548	7-Data Validade da Senha 11/11/2017	8-Registro ANS 406414	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Data Validade da Carteira 11/11/17	14-Telefone (16) 39514026	15-Nome do titular do plano FABRICIO ALAOR CAPELARI	16-Data Validade da Carteira 11/11/17	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA	18-Número no CRO 125460	19-UF SP	20-Código CBO S 01	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19102569604	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES 7240031	26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354	28-UF SP	29-Código CBO S 09	30-Tabela 31-Código do Procedimento 103145	32-Descrição DOC ORTODONTICA "A"	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 38100	37-Valor 0100	38-Franquia/Co-participação R\$ 0100	39-Aut S	40-Data de Realização 19/07/2017	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Prescrição / Término do Tratamento 19/07/2017																												44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Total Quantidade US 38100		47-Valor Total R\$ 0100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100		

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 Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
CRO/SP 21354