



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 19/10/2011 4-Dia de Autorização 31/10/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8403022 7-Dia Validação da Guia 17/10/2011 504064 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020215352923000000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-DIA Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KAUANE VITORIA BARBOSA DA SILVA 03/04/2011 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA BARBOSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a PN AGATA VENTURA DORTA 17-Nome do Profissional Societário AGATA VENTURA DORTA 18-Número no CRO 117869 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNOJ/CPF 43085402837 22-Nome do Contratado Societário AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CRO 117869 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Escalante AGATA VENTURA DORTA 27-Número no CRO 117869 28-UF SP 28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	35,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
5	00	84000190	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	72,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	61,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	61,00	0,00	0,00	0,00	03/11/21	03/11/21	Agata Ventura Dorta
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dados Preliminares	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 3 4 1 0 0	0,00	0,00							

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 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.

48-Observação

Agata Ventura Dorta

Agata Ventura Dorta

Agata Ventura Dorta

50-Dia local e Assinatura do Encarregado Dentista Solicitante

51-Dia local e Assinatura do Encarregado Dentista

52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia local e Assinatura da Empresa

40/10/21/21

40/10/21/21

40/10/21/21

40/10/21/21



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/02/21 4-Data de Autorização 14/04/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8308028 7-Data Validade da Senha 19/05/21 479380 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020253517850000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome REGIANE ALMEIDA LIMA 26/11/1979 14-Telefone 15-Nome do titular do plano REGIANE ALMEIDA LIMA

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA 18-Número no CRO 117869 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837 22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CRO 117869 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA 27-Número no CRO 117869 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	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	5	1	0	1	9	6				
		RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6	1	0	0			
2	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6	1	0	0			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Única/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1122,00 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, solicito 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.

Dra. Agata Ventura Dorta

CRO 880 117869

15/02/21

15/02/21

15/02/21

15/02/21

15/02/21

15/02/21

242

493363
INTERCÂMBIO

5555

41-Mostrando a Gosta 42-Estabilindo

[illegible]

que assina esse documento, os valores

SO Ventura Porta
OSP 178866

2-N



1-Registro ANS 400414		3-Dia de Emissão da Guia 01/1/03/12/1		4-Dia de Autuação 12/1/03/12/1		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8343686		7-Dia Validade da Serap 30/1/05/12/1	
Direção do Beneficiário:											
8-Número da Carteira 01021025131319611010101011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Dia Validade da Carteira 11/1/11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome PAMELA DE FATIMA CRUZ FRAGA											
Endereço do Contratado Residencial pelo Tratamento 05/12/1992											
14-1 telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano PAMELA DE FATIMA CRUZ FRAGA											
16-Avincimanto a RM 17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA											
21-Código na Operadora / CHUP/CP 430854021837				22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA							
23-Número no CRO 117869				24-UF SP				25-Código CNES 025 - Faturar Empresa			
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA				27-Número no CRO 117869				28-UF SP		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

488014
INTERCAMBIO

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- Juf	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1.	010	821001859	25	1	173,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
2.		EXODONTIA DE RAIZ										
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43- Data Prevista Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total 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 (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (s)ó(g)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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

01

3

Source: *Author's calculations*.

Agala,

1

Again

1111

51-Dteta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

178

52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável

五

5.3-Data local e Carimbo da Empresa

23

100



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2013 4-Data de Autorização 10/06/2014 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8403210 7-Data Validade da Sentença 11/07/2016 504127 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102020510506019615011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEONILSON PEREIRA DA SILVA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano LEONILSON PEREIRA DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA 18-Número no CRO 117869 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-24 (IF) 85200166-35

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837 22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CRO 117869 24-UF SP 25-Código CNES (IF) 85200140-24 (IF) 85200166-35

26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA 27-Número no CRO 117869 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 4 0	24	1	1	3 3 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	0	8 5 2 0 0 1 6 6	35	1	1	2 5 8 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-1-Tipo de Atendimento	45-1-Tipo de Faturamento	46-Total 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: *Atenção: não pagar e fazer o plano de saúde, justificar a não cobertura também no plano de saúde.*

50-Dado local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante: *Agata Ventura Dorta* 51-Dado local e Assinatura do Contratado Dentista: *Agata Ventura Dorta* 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: *Leonilson T. de Oliveira* 53-Dado local e Campo da Empresa: *Odontolife*

CROSP 117869

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2M



532655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 4-Data de Autorização 12/14/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8516952 7-Data Validade da Senha 12/13/10 17/12/11

8-Número da Carteira 101021021511015101610115118191011 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADILU MOREIRA DA SILVA 14-Telefone 10/11/1974 15-Nome do titular do plano ADILU MOREIRA DA SILVA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA 18-Número no CRO 117869 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14131018151410121813171111 22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CRO 117869 24-UF SP 25-Código CNES (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA 27-Número no CRO 117869 28-UF SP 29-Código CBO S (1) 85100200

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0181511010210101	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	81810101	101010101	24110111	24			
2-10	0181511010210101	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	81810101	101010101	24110111	24			
3-10	018151101019161	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61110101	101010101	24110111	24			
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 233710101 47-Valor Total R\$ 1010101 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 (c/c) 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

112. Agata Ventura Dorta

112. Agata Ventura Dorta

112. Agata Ventura Dorta

50-Dado local e Assinatura do Consultado-Solicitante

51-Dado local e Assinatura do Consultado-Dentista

52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado local e Assinatura da Empresa

54-Dado local e Assinatura da Empresa



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/3/04/21

4-Data de Autorização
12/4/04/21

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8476324

7-Data Validade da Sentença
11/2/07/21

521692
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101021025110550161011914471011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

PEDRO PEREIRA BORGES JUNIOR

23/02/1976

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

PEDRO PEREIRA BORGES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

AGATA VENTURA DORTA

18-Número no CRO

117869

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14131081541028137111

22-Nome do Contratado Executante

AGATA VENTURA DORTA

23-Número no CRO

117869

24-UF

SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

AGATA VENTURA DORTA

27-Número no CRO

117869

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

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fracasso

46-Tipo de Fracasso

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Fracasso

49-Tipo de Fracasso

50-Tipo de Fracasso

51-Tipo de Fracasso

52-Tipo de Fracasso

53-Tipo de Fracasso

54-Tipo de Fracasso

55-Tipo de Fracasso

56-Tipo de Fracasso

57-Tipo de Fracasso

58-Tipo de Fracasso

59-Tipo de Fracasso

60-Tipo de Fracasso

61-Tipo de Fracasso

62-Tipo de Fracasso

63-Tipo de Fracasso

64-Tipo de Fracasso

65-Tipo de Fracasso

66-Tipo de Fracasso

67-Tipo de Fracasso

68-Tipo de Fracasso

69-Tipo de Fracasso

70-Tipo de Fracasso

71-Tipo de Fracasso

72-Tipo de Fracasso

73-Tipo de Fracasso

74-Tipo de Fracasso

75-Tipo de Fracasso

76-Tipo de Fracasso

77-Tipo de Fracasso

78-Tipo de Fracasso

79-Tipo de Fracasso

80-Tipo de Fracasso

81-Tipo de Fracasso

82-Tipo de Fracasso

83-Tipo de Fracasso

84-Tipo de Fracasso

85-Tipo de Fracasso

86-Tipo de Fracasso

87-Tipo de Fracasso

88-Tipo de Fracasso

89-Tipo de Fracasso

90-Tipo de Fracasso

91-Tipo de Fracasso

92-Tipo de Fracasso

93-Tipo de Fracasso

94-Tipo de Fracasso

95-Tipo de Fracasso

96-Tipo de Fracasso

97-Tipo de Fracasso

98-Tipo de Fracasso

99-Tipo de Fracasso

100-Tipo de Fracasso

101-Tipo de Fracasso

102-Tipo de Fracasso

103-Tipo de Fracasso

104-Tipo de Fracasso

105-Tipo de Fracasso

106-Tipo de Fracasso

107-Tipo de Fracasso

108-Tipo de Fracasso

109-Tipo de Fracasso

110-Tipo de Fracasso

111-Tipo de Fracasso

112-Tipo de Fracasso

113-Tipo de Fracasso

114-Tipo de Fracasso

115-Tipo de Fracasso

116-Tipo de Fracasso

117-Tipo de Fracasso

118-Tipo de Fracasso

119-Tipo de Fracasso

120-Tipo de Fracasso

121-Tipo de Fracasso

122-Tipo de Fracasso

123-Tipo de Fracasso

124-Tipo de Fracasso

125-Tipo de Fracasso

126-Tipo de Fracasso

127-Tipo de Fracasso

128-Tipo de Fracasso

129-Tipo de Fracasso

130-Tipo de Fracasso

131-Tipo de Fracasso

132-Tipo de Fracasso

133-Tipo de Fracasso

134-Tipo de Fracasso

135-Tipo de Fracasso

136-Tipo de Fracasso

137-Tipo de Fracasso

138-Tipo de Fracasso

139-Tipo de Fracasso

140-Tipo de Fracasso

141-Tipo de Fracasso

142-Tipo de Fracasso

143-Tipo de Fracasso

144-Tipo de Fracasso

145-Tipo de Fracasso

146-Tipo de Fracasso

147-Tipo de Fracasso

148-Tipo de Fracasso

149-Tipo de Fracasso

150-Tipo de Fracasso

151-Tipo de Fracasso

152-Tipo de Fracasso

153-Tipo de Fracasso

154-Tipo de Fracasso

155-Tipo de Fracasso

156-Tipo de Fracasso

157-Tipo de Fracasso

158-Tipo de Fracasso

159-Tipo de Fracasso

160-Tipo de Fracasso

161-Tipo de Fracasso

162-Tipo de Fracasso

163-Tipo de Fracasso

164-Tipo de Fracasso

165-Tipo de Fracasso

166-Tipo de Fracasso

167-Tipo de Fracasso

168-Tipo de Fracasso

169-Tipo de Fracasso

170-Tipo de Fracasso

171-Tipo de Fracasso

172-Tipo de Fracasso

173-Tipo de Fracasso

174-Tipo de Fracasso

175-Tipo de Fracasso

176-Tipo de Fracasso

177-Tipo de Fracasso

178-Tipo de Fracasso

179-Tipo de Fracasso

180-Tipo de Fracasso

181-Tipo de Fracasso

182-Tipo de Fracasso

183-Tipo de Fracasso

184-Tipo de Fracasso

185-Tipo de Fracasso

186-Tipo de Fracasso

187-Tipo de Fracasso

188-Tipo de Fracasso

189-Tipo de Fracasso

190-Tipo de Fracasso

191-Tipo de Fracasso

192-Tipo de Fracasso

193-Tipo de Fracasso

194-Tipo de Fracasso

195-Tipo de Fracasso

196-Tipo de Fracasso

197-Tipo de Fracasso

198-Tipo de Fracasso

199-Tipo de Fracasso

200-Tipo de Fracasso

201-Tipo de Fracasso

202-Tipo de Fracasso

203-Tipo de Fracasso

204-Tipo de Fracasso

205-Tipo de Fracasso

206-Tipo de Fracasso

207-Tipo de Fracasso

208-Tipo de Fracasso

209-Tipo de Fracasso

210-Tipo de Fracasso

211-Tipo de Fracasso

212-Tipo de Fracasso

213-Tipo de Fracasso

214-Tipo de Fracasso

215-Tipo de Fracasso

216-Tipo de Fracasso

217-Tipo de Fracasso

218-Tipo de Fracasso

219-Tipo de Fracasso

220-Tipo de Fracasso

221-Tipo de Fracasso

222-Tipo de Fracasso

223-Tipo de Fracasso

224-Tipo de Fracasso

225-Tipo de Fracasso

226-Tipo de Fracasso

227-Tipo de Fracasso

228-Tipo de Fracasso

229-Tipo de Fracasso

230-Tipo de Fracasso

231-Tipo de Fracasso

232-Tipo de Fracasso

233-Tipo de Fracasso

234-Tipo de Fracasso

235-Tipo de Fracasso

236-Tipo de Fracasso

237-Tipo de Fracasso

238-Tipo de Fracasso

239-Tipo de Fracasso

240-Tipo de Fracasso

241-Tipo de Fracasso

242-Tipo de Fracasso



523004
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/04/2011 3-Data de Autenticação 12/04/2011 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8481424 6-Data Validade da Sanha 13/07/2011

7-Data Validade da Sanha 13/07/2011 8-Número da Carteira 00202510550600273011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSINEIDE ILARIA DE JESUS 14-Telefone (11) 56613253 15-Nome do titular do plano ROSINEIDE ILARIA DE JESUS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA 18-Número no CRO 117869 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143085402837 22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CRO 117869 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA 27-Número no CRO 117869 28-UF SP 29-Código CRO 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
1-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	1	73,00	10,00	5,12	21	04/11	21	Rosineide
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 173,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Agata Ventura Dorta (paciente) + Rosineide Ilaria de Jesus

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solitante 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 53-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 54-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 56-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 57-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 58-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 59-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 60-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/04/2011

4-Data de Autorização
12/04/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8481422

7-Data Validade da Senha
11/03/2012

523003
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0101210121511015101610101217131011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROSINEIDE ILARIA DE JESUS

14-Telefone
(11) 151661132513

15-Nome do titular do plano
ROSINEIDE ILARIA DE JESUS

16-Endereço e RN
AGATA VENTURA DORTA

18-Número no CRO
117869

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1430815140121813171111

22-Nome do Profissional Executante
AGATA VENTURA DORTA

23-Número no CRO
117869

24-UF
SP

25-Código CBO S

26-Valor
025 -

27-Valor
Faturar Empresa

28-Valor
117869

29-Valor
117869

30-Valor
117869

31-Valor
117869

32-Valor
117869

33-Valor
117869

34-Valor
117869

35-Valor
117869

36-Valor
117869

37-Valor
117869

38-Valor
117869

39-Valor
117869

40-Valor
117869

41-Valor
117869

42-Valor
117869

43-Valor
117869

44-Valor
117869

45-Valor
117869

46-Valor
117869

47-Valor
117869

48-Valor
117869

49-Valor
117869

50-Valor
117869

51-Valor
117869

52-Valor
117869

53-Valor
117869

54-Valor
117869

55-Valor
117869

56-Valor
117869

57-Valor
117869

58-Valor
117869

59-Valor
117869

60-Valor
117869

61-Valor
117869

62-Valor
117869

63-Valor
117869

64-Valor
117869

65-Valor
117869

66-Valor
117869

67-Valor
117869

68-Valor
117869

69-Valor
117869

70-Valor
117869

71-Valor
117869

72-Valor
117869

73-Valor
117869

74-Valor
117869

75-Valor
117869

76-Valor
117869

77-Valor
117869

78-Valor
117869

79-Valor
117869

80-Valor
117869

81-Valor
117869

82-Valor
117869

83-Valor
117869

84-Valor
117869

85-Valor
117869

86-Valor
117869

87-Valor
117869

88-Valor
117869

89-Valor
117869

90-Valor
117869

91-Valor
117869

92-Valor
117869

93-Valor
117869

94-Valor
117869

95-Valor
117869

96-Valor
117869

97-Valor
117869

98-Valor
117869

99-Valor
117869

100-Valor
117869

101-Valor
117869

102-Valor
117869

103-Valor
117869

104-Valor
117869

105-Valor
117869

106-Valor
117869

107-Valor
117869

108-Valor
117869

109-Valor
117869

110-Valor
117869

111-Valor
117869

112-Valor
117869

113-Valor
117869

114-Valor
117869

115-Valor
117869

116-Valor
117869

117-Valor
117869

118-Valor
117869

119-Valor
117869

120-Valor
117869

121-Valor
117869

122-Valor
117869

123-Valor
117869

124-Valor
117869

125-Valor
117869

126-Valor
117869

127-Valor
117869

128-Valor
117869

129-Valor
117869

130-Valor
117869

131-Valor
117869

132-Valor
117869

133-Valor
117869

134-Valor
117869

135-Valor
117869

136-Valor
117869

137-Valor
117869

138-Valor
117869

139-Valor
117869

140-Valor
117869

141-Valor
117869

142-Valor
117869

143-Valor
117869

144-Valor
117869

145-Valor
117869

146-Valor
117869

147-Valor
117869

148-Valor
117869

149-Valor
117869

150-Valor
117869

151-Valor
117869

152-Valor
117869

153-Valor
117869

154-Valor
117869

155-Valor
117869

156-Valor
117869

157-Valor
117869

158-Valor
117869

159-Valor
117869

160-Valor
117869

161-Valor
117869

162-Valor
117869

163-Valor
117869

164-Valor
117869

165-Valor
117869

166-Valor
117869

167-Valor
117869

168-Valor
117869

169-Valor
117869

170-Valor
117869

171-Valor
117869

172-Valor
117869

173-Valor
117869

174-Valor
117869

175-Valor
117869

176-Valor
117869

177-Valor
117869

178-Valor
117869

179-Valor
117869

180-Valor
117869

181-Valor
117869

182-Valor
117869

183-Valor
117869

184-Valor
117869

185-Valor
117869

186-Valor
117869

187-Valor
117869

188-Valor
117869

189-Valor
117869

190-Valor
117869

191-Valor
117869

192-Valor
117869

193-Valor
117869

194-Valor
117869

195-Valor
117869

196-Valor
117869

197-Valor
117869

198-Valor
117869

199-Valor
117869

200-Valor
117869

201-Valor
117869

202-Valor
117869

203-Valor
117869

204-Valor
117869

205-Valor
117869

206-Valor
117869

207-Valor
117869

208-Valor
117869

209-Valor
117869

210-Valor
117869

211-Valor
117869

212-Valor
117869

213-Valor
117869

214-Valor
117869

215-Valor
117869

216-Valor
117869

217-Valor
117869

218-Valor
117869

219-Valor
117869

220-Valor
117869

221-Valor
117869

222-Valor
117869

223-Valor
117869

224-Valor
117869

225-Valor
117869

226-Valor
117869

227-Valor
117869

228-Valor
117869

229-Valor
117869

230-Valor
117869

231-Valor
117869

232-Valor
117869

233-Valor
117869

234-Valor
117869

235-Valor
117869

236-Valor
117869

521818
INTERCOMBIO

INTENCIONADO

100

41- Monro da Glória 42-Asa

[illegible]



08 17 18

17869 Don

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}



523085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/21	4-Data de Autenticação 14/10/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8481696	7-Data Válida da Sessão 13/10/21
8-Número da Carteira 0002025105506001684011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA					
11-Data Válida da Carteira 14/10/21					
12-Número do Contrato Nacional de Saúde					
13-Nome ANTONIO PORTELLA DA CRUZ					
14-Telefone (11) 5666.2407					
15-Nome do titular do plano ANTONIO PORTELLA DA CRUZ					
16-Atendimento a RN AGATA VENTURA DORTA					
17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA					
18-Número no CRO 117869					
19-UF SP					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143085402837					
22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA					
23-Número no CRO 117869					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA					
27-Número no CRO 117869					
28-UF SP					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00	1	14/10/21	14/10/21	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00	1	14/10/21	14/10/21	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	1	14/10/21	14/10/21	
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00	1	14/10/21	14/10/21	
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	61,00	0,00	1	14/10/21	14/10/21	
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00	1	14/10/21	14/10/21	
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/21	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 366,00	47-Valor Total R\$ 10,10	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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Agata Ventura Dorta

50-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
14/10/21

51-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

52-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

53-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

54-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

55-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

56-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

57-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

58-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

59-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

60-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

61-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

62-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

63-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21

64-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista
14/10/21