

2-N



1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 0 9 / 0 9 / 2 0		4-Dia de Autorização 0 8 / 1 0 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7858501		7-Data Validade da Sanha 10 8 / 1 2 / 2 0	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 6 4 8 6 0 0 4 1 1 7 0 1						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
13-Nome TALITA FERNANDES MARQUES SOUSA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
15-Alimentação a RN N		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 / CNEP / CPF 14 3 0 8 5 4 0 2 8 3 7		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/Esgão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
2-	0 0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
3-	0 0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
4-	0 0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
5-	0 0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
6-	0 0	RESTAURAÇÃO RESINA		O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
7-	0 0	RESTAURAÇÃO RESINA		O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
8-	0 0	RESTAURAÇÃO RESINA		O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		2 fal.
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-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$
 361,00 0,00

48-Total Franquia / Coparticipação R\$
 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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.

- Assinatura - _____



383228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/9/12/0	4-Data de Autorização 07/11/01/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906353	7-Data Válida da Senha 12/4/11/2/12/0
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601141201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MERCIA PINHEIRO DA SILVA	14-Telefone (11) 4782-4681	15-Nome do titular do plano MERCIA PINHEIRO DA SILVA
-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	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 Enviar - RX (IF) 85200158-36
--	---	----------------------------	-------------	--

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-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	36		1	533,00	0,00			29/10/20		Mercia
2-										29/10/20		
3-										29/10/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 533,00	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 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:
Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/20 SP Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20 SP Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 Mercia, SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20 SP Cirurgia Dentista CRO-SP 117869
---	---	--	--



374585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 07/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867643	7-Data Validade da Senha 13/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601551001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome VICTOR MORAES FILHO 18/01/1972		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VICTOR MORAES FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	
25-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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			12/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 61,00	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 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			
Dr. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869 Dr. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869 Dr. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869 Dr. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2012 SP



369643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 14/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7847202	7-Data Validade da Senha 02/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020251055060151001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VICTOR MORAES FILHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VICTOR MORAES FILHO
--------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	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 Enviar - RX (IF) 85200158-16
--	---	----------------------------	-------------	--

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-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	16		1	533,00	0,00			15/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 533,00	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 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

Dra. Agata Ventura Dorta
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 117869

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20 SP
--	--	--	--

2-4



Digitalizado com CamScanner



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858485	7-Data Validade da Senha 08/12/2019	372605 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530731000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DIANA FERREIRA RIBEIRO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIANA FERREIRA RIBEIRO
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		Diana
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	15/10/20		Diana
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	15/10/20		Diana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 156,00	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, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2019 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2019 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/10/2019 Diana	53-Data, local e Carimbo de Empresa 15/10/2019 CRO SP 117869
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/5/11 09/11/2011 4-Dia de Autorização 13/10/11 01/12/2011 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7906910 7-Dia Validade da Guia 12/4/11 12/12/2011 383357 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010201251105506016154603 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MILTON FRANCISCO DA SILVA 14-Teléfono (111) 6115314749 15-Nome do titular do plano ANA PAULA ALVES DA SILVA

16-Atendimento a EN 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 Operação (CNEJ / CPE) 143085402837 22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CRO 117869 24-UF SP 25-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA 26-UF SP 27-Número no CRO 117869 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Atendimento
1-0	0811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00		51	30/11/2011		
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	6,10	0,00		51	30/11/2011		
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	6,10	0,00		51	30/11/2011		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

Declaração: 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Privado Termino do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Comentário

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Contratante: 30/11/2011, SP, Agata Ventura Dorta, 117869
51-Data, local e Assinatura do Contratado/Contratante: 30/11/2011, SP, Agata Ventura Dorta, 117869
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 30/11/2011, SP, Ana Paula Alves da Silva, 117869
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 30/11/2011, SP, Instituto de Assistência, 117869



383345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906861	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601654601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA ALVES DA SILVA		14-Telefone (11) 6153-4749	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano ANA PAULA ALVES DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	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-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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/10/20		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 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 30/10/2012 <i>Agata Ventura Dorta</i> 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012 <i>Agata Ventura Dorta</i> 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 <i>Ana Paula Alves da Silva</i> 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 <i>Ana Paula Alves da Silva</i>			
--	--	--	--



383352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2019	4-Data de Autorização 30/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906896	7-Data Validade da Senha 24/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601654601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA ALVES DA SILVA		14-Telefone 03/09/1981 (11) 6153-4749	15-Nome do titular do plano ANA PAULA ALVES DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	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		

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/Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00			30/11/2019	[Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 73,00	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 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 30/11/2019 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2019 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2019 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/2019 [Assinatura]
---------------	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 25/10/2019		4-Data de Autorização 30/11/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7906882		7-Data Validade da Senha 12/11/2019		8-Data Validade da Senha 12/11/2019		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 383350 INTERCÂMBIO									
13-Nome ANA PAULA ALVES DA SILVA		14-Telefone (11) 6115314749		15-Nome do titular do plano ANA PAULA ALVES DA SILVA		16-Atendimento a RN N		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 Enviar - RX (IF) 85200158-26					
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Tabela 1-0085200158		31-Código do Procedimento 32-Descrição TRATAMENTO ENDODÔNTICO		33-Dente/Região 26		34-Face 1		35-Qtd 5		36-Quantidade US 3		37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut S		40-Data de Realização 30/10/20		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 533,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2019		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2019		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 30/11/2019		53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/2019		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 30/11/2019		55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/11/2019		56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/11/2019		57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/11/2019	