



548840
INTERCÂMBIO

Insuficiência para você emitir

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/2/2011

4-Data de Autorização 12/8/2011

5-Série AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8578491

7-Data Validada da Série 11/01/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253570000000101

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 DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO

06/01/1980

14-Telefone

15-Nome do titular do plano DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Inscrição de Profissional Solicitante N

17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO 10035

19-UF CE

20-Código CBO S

21-UF CE

22-Número no CRO 10035

23-UF CE

24-Código CNES

25-UF CE

26-Código CBO S

27-UF CE

28-Código CBO S

29-UF CE

30-Código CBO S

31-UF CE

32-Código CBO S

33-UF CE

34-Código CBO S

35-UF CE

36-Código CBO S

37-UF CE

38-Código CBO S

39-UF CE

40-Código CBO S

26-Nome do Profissional Escrutante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

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-Medico da Clínica
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6,110,00	0,00	0,00	S	08/05/2011	29024
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	6,110,00	0,00	0,00	S	08/05/2011	29024
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,110,00	0,00	0,00	S	08/05/2011	29024
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,110,00	0,00	0,00	S	08/05/2011	29024
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6,110,00	0,00	0,00	S	08/05/2011	29024
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-Diagnóstico, Tipo de Tratamento, Tipo de Atendimento, 1-Tratamento Odontológico, 2-Exame Radiológico, 3-Ortodontia, 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela

46-Total Quantidade US 1305,00

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) 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-Dados da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Dra. NAYRA E. C. NOBRE, CRO: 10035, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 08/06/2011, 51-Dados da Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/06/2011, 52-Dados da Assinatura da Empresa: 08/06/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/2015	4-Data de Autorização 21/8/2015	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8578309	7-Data Validade da Sentença 11/01/2018
--------------------------	--	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025357005000001010101	9-Piloto 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 DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO	06/01/1980	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CHES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	27-Número no CRO 10035	28-UF CE	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-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Exclusão	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,10,0		0,0,0		5/28/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Pessoais: Tipo de Tratamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 2-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6,10,0	47-Valor Total R\$ 0,0,0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0,0
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2015	51-Data Local Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2015	52-Data Local Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2015	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

Dra. Nayra Cavalcante Nobre
Cirurgia - Dentista
CRO: 10035

Dra. Nayra Cavalcante Nobre
Cirurgia - Dentista
CRO: 10035



536398
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 12/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8531593	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535700500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO 06/01/1980		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035	28-UF CE	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/05/2021		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/05/2021		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/05/2021		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/05/2021		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/05/2021		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Prescrição / Plano de Tratamento 12/05/21	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 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 Solicitante 12/05/21 Dra. NAYRA E. C. Nobre CRO: 10035	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/21 Dra. NAYRA E. C. Nobre CRO: 10035	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------