

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: AL ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 30643377000120 (AL ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 25374/RS

Cirurgião Dentista: (16986) - AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
350687 - I	JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA (00202509302800040101)		04/08/2020	140	0.3	R\$ 42,00

Totalizador						
Nº de USOs:						140
Nº de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 42,00

Totalizador da Operadora						
Nº de USOs:						140
Nº de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 42,00

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 25374/RS

Cirurgião Dentista: (16986) - AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
342263 - I	PRISCILA FERRAZ PINTO (00379994059304003)		20/07/2020	34	0.3	R\$ 10,20
355831 - I	PRISCILA FERRAZ PINTO (00379994059304003)		12/08/2020	258	0.3	R\$ 77,40
358490 - I	CAMILLE SCHABBACH REGIS (00370000019902436)		17/08/2020	140	0.3	R\$ 42,00
362839 - I	ELOINA LEMOS SASSO (00370000030908488)		24/08/2020	34	0.3	R\$ 10,20
363760 - I	PRISCILA FERRAZ PINTO (00379994059304003)		25/08/2020	140	0.3	R\$ 42,00
363765 - I	PRISCILA FERRAZ PINTO (00379994059304003)		25/08/2020	61	0.3	R\$ 18,30
364219 - I	CAMILLE SCHABBACH REGIS (00370000019902436)		26/08/2020	210	0.3	R\$ 63,00
372480 - I	ELOINA LEMOS SASSO (00370000030908488)		09/09/2020	140	0.3	R\$ 42,00

Totalizador						
Nº de USOs:						1017
Nº de atendimentos:						8
Valor:						R\$ 305,10

Totalizador da Operadora						
Nº de USOs:						1017
Nº de atendimentos:						8
Valor:						R\$ 305,10

Totalizador da Clínica						
Nº de USOs:						1157
Nº de atendimentos:						9
Valor:						R\$ 347,10

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/10/2020 22:10

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



247

358490

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Entrada de Guia 17/11/2012	3-Data de Autorização 17/11/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50184657	6-Data Validade da Guia 15/11/2012												
8-Nome do Beneficiário CAMILLE SCHABBACH REGIS		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705207411246275												
13-Data de Tratamento 03/08/2004		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano CAMILLE SCHABBACH REGIS													
16-Abordamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111773738311	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CRO S												
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374		28-UF RS	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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura					
1-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	J	1	3,5000	0,00			17/11/2012							
2-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	J	1	3,5000	0,00			17/11/2012							
3-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	J	1	3,5000	0,00			17/11/2012							
4-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	J	1	3,5000	0,00			17/11/2012							
5-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
6-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
7-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
8-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
9-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
10-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
11-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
12-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
13-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
14-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
15-0101840011918		PROFILAXIA: POLIMENTO															
43-Data Prevista Término do Tratamento 17/11/2012													44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgências/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,0000	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que sou o(s) responsável(is) 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 17/11/2012 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/2012 Ailla Carla Rocha Acosta Lancelotti			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/11/2012 Camille Schabbach Regis S. Schneider			53-Data, local e Carimbo da Empresa								



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

364219
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186819	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1003170000019902436	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 705207411246275
13-Nome CAMILLE SCHABBACH REGIS	14-Telefone 03/08/2004	15-Nome do titular do plano CAMILLE SCHABBACH REGIS		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-LUF RS	20-Código CBO 8 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311177373738311	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-LUF RS	25-Código CNEB Enviar - RX (0) 85100200
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	27-Número no CRO 25374	28-LUF RS	29-Código CRO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cota de Restituição	41-Moeda de Glosa	42-Assinatura
1	001851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	818,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
2	001851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
3	001851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/08/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2110,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	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 anexo com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, a 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 anexo com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Dirigente-Carreira Solicitante 12/08/2012, Ailla Lancelotti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2012, Ailla Lancelotti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Assistente 12/08/2012, Camille Schabbach Regis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AF

362839
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165262	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000030908488	9-Plano POS/REDE/PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705000496730954	
13-Nome ELOINA LEMOS SASSO		14-Telefone 07/08/1982	15-Nome do titular do plano ELISEU RADAIESKY SALAZAR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Substituto AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CEO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3117173173831	22-Nome do Contratado Secundário AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Examinado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CEO S		

30-Tabela		31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Otim	42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0		24/10/2012		<i>Eliseu Salazar</i>
CONSULTA ODONTOLÓGICA													
2	1												
3	1												
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 Previsto Término do Tratamento 24/10/2012	44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34100	47-Valor Total RS 0000	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	---	---	---------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que leio e declaro estar ciente 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.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2012 Ailla Parnalatti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2012 Ailla Parnalatti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012 Eliseu Salazar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Registro ANV 406414		3-Dia de Início do Tratamento 09/11/2019		5-Autorização de Autorização 09/11/2019		6-Série AUTORIZADO		8-Número da Guia Principal 50190286		7-Dia Validade da Série 08/12/2019		372480 INTERCÂMBIO					
Dados do Beneficiário																	
Nome de Criança 0037000000030908488				8-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA				11-Dia Validade da Carteira / /					
												12-Número da Carteira Nacional de Saúde 705000496730954					
13-Nome ELOINA LEMOS SASSO												07/08/1982		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ELISEU RADAIESKY SALAZAR	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																	
16-Matricula e RN N		17-Nome do Profissional Beneficiário AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI				18-Número no CRO 25374		19-UF RS		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 31177373831		22-Nome do Contratado Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI				23-Número no CRO 25374		24-UF RS		25-Código CBO S							
26-Nome do Profissional Encarregado AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI						27-Número no CRO 25374		28-UF RS		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Registo	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método da Glóscia	42-Assinatura					
1-00	0840006198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	0,00			08/12/2019		2550					
2-00	0840006198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00			08/12/2019		2550					
3-00	0840006198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00			08/12/2019		2550					
4-00	0840006198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00			08/12/2019		2550					
5-00																	
6-00																	
7-00																	
8-00																	
9-00																	
10-00																	
11-00																	
12-00																	
13-00																	
14-00																	
15-00																	
43-Dia Previsto Término do Tratamento 09/12/2019																	
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 140,00		47-Valor Total R\$ 0,00					
												48-Total Franquia / Coparticipação 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar 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, compreendendo-me a acatar com os custos conforme previsto no contrato.																	
49-Observação																	
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/2019 Ailla carla rocha acosta lancelotti																	
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/2019 Ailla carla rocha acosta lancelotti																	
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/2019 ELOINA LEMOS SASSO																	
53-Dia, local e Carimbo da Empresa																	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



350687

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7758943	7-Data Validade da Guia 02/11/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020250930228000401011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SENFF CONTACT LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA		14-Telefone 12/11/1990	15-Nome do titular do plano JULIANA CARLOS DA SILVA DE OLIVEIRA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Ocorrência / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO S							
Planos 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 de Glor. 42-4
1	0101840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	J	1	35,00	0,00	0,00		05/10/2012	
2	0101840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	J	1	35,00	0,00	0,00		05/10/2012	
3	0101840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	J	1	35,00	0,00	0,00		05/10/2012	
4	0101840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	J	1	35,00	0,00	0,00		05/10/2012	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento 05/10/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 140,00		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(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 05/10/2012 Ailla Lancelotti			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012 Ailla Lancelotti			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 05/10/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



342263

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07	4-Data de Autorização 12/01/07	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177732	7-Data Validade da Senha 11/01/07
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994059304003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira 11/01/07	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702903532484873	
13-Nome PRISCILA FERRAZ PINTO		14-Telefone 17/03/1994	15-Nome do titular do plano EVANDRO NUNES NERI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CMES
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELLOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00181010101030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa / Assinatura
1-00181010101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/01/07					
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 3400	47-Valor Total RS 000
48-Total Franquia / Co-participação RS					
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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/07/2010 Ailla Lancelotti					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
12/01/07/2010 Ailla Lancelotti		12/01/07/2010 PRISCILA		11/01/07	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

355831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183545	7-Data Validade da Senha 10/11/2012						
8-Número da Carteira 00379994059304003		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702903532484873						
13-Nome PRISCILA FERAZ PINTO		14-Telefone 17/03/1994	15-Nome do titular do plano EVANDRO NUNES NERI								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa						
21-Código na Ocorrência / CNPJ / CPF 131177373831		22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (IP) 85200166-11						
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 1-00185200186	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 Guarnição
1-00185200186		TRATAMENTO ENDODONTICO	11			25800	0000			12/08/2012	Priscila F.
2-1											
3-1											
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 12/10/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 25800		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 este 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 12/10/2012 Ailla Lanciotti			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 Ailla Lanciotti			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/10/2012 Priscila F.			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-07

363760

INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2018	4-Data de Autorização 25/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186643	7-Data Validade da Senha 23/11/2019						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00379994059304003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702903532484873							
13-Nome PRISCILA FERRAZ PINTO		14-Teléfono 17/03/1994	15-Nome do titular do plano EVANDRO NUNES NERI								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	18-Número no CRO 25374	19-LUF RS	20-Código CRO B	801 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CFP 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI	23-Número no CRO 25374	24-LUF RS	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-LUF RS	29-Código CRO B							
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 de Abs. 42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			25/11/2018	Priscila
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			25/11/2018	Priscila
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			25/11/2018	Priscila
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIID		1	35,00	0,00			25/11/2018	Priscila
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento 25/11/2019		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 140,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
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 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/2018/2018 Ailla Lancelotti			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2018/2018 Ailla Lancelotti			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/11/2018/2018 Evandro Nunes Neri			53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24P

363765

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185645	7-Data Validade da Guia 23/11/2012												
Dados do Beneficiário																	
8-Número da Carteira 000379994059304003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde 702903532484873													
13-Nome PRISCILA FERAZ PINTO		14-Telefone 17/03/1994	15-Nome do titular do plano EVANDRO NUNES NERI														
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		18-Número no CRO 25374	19-UF RS	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31177373831	22-Nome do Contratado Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		23-Número no CRO 25374	24-UF RS	25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante AILLA CARLA ROCHA ACOSTA LANCELOTTI		27-Número no CRO 25374	28-UF RS	29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Morbo da Gloriosa						
1	0018510196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61100	0,00	181251018120			Priscila						
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
42-Data Previsto Término do Tratamento 25/10/2012		43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência		44-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial		45-Total Quantidade US 61100		46-Valor Total R\$ 10100		47-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.																	
48-Observação																	
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2012 Ailla Lancelotti												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012 Ailla Lancelotti		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/10/2012 Priscila F.		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	