

241



1-Registro ANS 406414	3-Data de emissão do Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/03/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Motivo da Guia Principal 8307523	7-Data Validação da Sentença 11/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

6-Número da Carteira	0 0 2 0 1 2 5 3 5 6 1 5 1 0 0 0 0 0 1 0 1
13-Nome	MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA
14-Data de Nascimento	05/05/1981
10-EMPRESA	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
15-Nome do titular do plano	MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
N	NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	10035	CE		
21-Código em Ocorrência CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado, Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CHES	
10 5 8 2 8 7 2 7 3 6 9	NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	10035	CE		
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 3	
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		10035	CE		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Ombre Regão	34- Face	35- QD	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Anul	40- Data de Realização	41- Médico do Grupo	42- Assinatura
1-0-0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	6.1.0.0	0.0.0.0			11.2.23		aprovada
2-0-0	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	8.8.0.0	0.0.0.0			11.2.23		aprovada
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 do Visto Terceiro do Trabalho
14/09/2024

44- Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Prótese/Emergência

45- Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US
14.9.0.0

47- Valor Total R\$
10.000

48- Total Franquia / Co-participação R\$
1.000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas para o 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 autorizado(s), satisfaz(em) minhas expectativas 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-Observaço

50-Dita. Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:

Mayra F. C. Dentista
25

62-Daf. Inclui a Assinatura do Representante / Responsável

53-Dados locais e Carinho da Empresa



1-Região ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 11/08/2012 3-Dia de Autenticação 10/08/2013 4-Dentista AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8307491 6-Dia Validação da Guia 11/08/2015 7-Dia Validação da Guia 11/08/2015 479281 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120253561510000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA 14-Data de Nascimento 05/05/1981 15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 18-Número no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015628727369 22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 23-Número no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES 26-Código CBO 3 28-UF CE 29-Código CBO 3

20-Nome do Profissional Escalonado NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Med	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Medio de Gases	42-Material
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00						
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00						
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00						
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00						
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00						
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Dia de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Tratamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
08/08/2012	17-Tipos de Atendimento	17-Tipos de Atendimento	17-Tipos de Atendimento	117,80	117,80	117,80	117,80	117,80	117,80	117,80	117,80	117,80

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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) aqui relatado(s) por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo 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

Nayra E. C. Nobre

56-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 57-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 58-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 59-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 60-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 61-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 62-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 63-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 64-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 65-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 66-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 67-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 68-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 69-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 70-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 71-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 72-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 73-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 74-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 75-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 76-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 77-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 78-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 79-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 80-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 81-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 82-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 83-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 84-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 85-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 86-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 87-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 88-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 89-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 90-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 91-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 92-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 93-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 94-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 95-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 96-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 97-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 98-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 99-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012 100-Dia de Realização da Cirurgia-Dentista a Solicitar 08/08/2012



493809
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8365943	7-Data Validade da Senha 06/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535615100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA	

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 na 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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00		S	30/03/2021		Assinado
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	M	1	61,00	0,00		S	30/03/2021		Assinado
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00		S	30/03/2021		Assinado
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/21	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 183,00	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 30/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--