



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

635305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2019	4-Data de Autorização 16/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8861783	7-Data Validade da Senha 24/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202539308300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CAROLINE VITORIA DO ROSARIO CAMPOS	14-Telefone 26/05/1997	15-Nome do titular do plano CAROLINE VITORIA DO ROSARIO CAMPOS
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 129662	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4075090380	22-Nome do Contratado Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 129662	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 129662	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-	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	10,00	S	16/09/2019			
2-	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	10,00	S	16/09/2019			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/09/2019	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 122,00	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 Protocolo: 406414 20211109 000242	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/2019
--	---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

635245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/2017	4-Data de Autorização 07/11/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8861557	7-Data Validade da Senha 24/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202539308300001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE VITORIA DO ROSARIO CAMPOS	14-Telefone 26/05/1997	15-Nome do titular do plano CAROLINE VITORIA DO ROSARIO CAMPOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 129662	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40750903880	22-Nome do Contratado Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 129662	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 129662	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	07/10/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	07/10/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	07/10/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	07/10/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	07/10/21		
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 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 Protocolo: 406414 2021109 000 242	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Lidia G. Fortado Cirurgia Dentista RO-SP 128.256	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

635284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/21	4-Data de Autorização 21/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8861700	7-Data Validade da Senha 21/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020253930830000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CAROLINE VITORIA DO ROSARIO CAMPOS	14-Telefone 26/05/1997	15-Nome do titular do plano CAROLINE VITORIA DO ROSARIO CAMPOS
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 129662	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40750903880	22-Nome do Contratado Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 129662	24-UF SP	25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 129662	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		Caroline
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		Caroline
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		Caroline
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	26/08/21		Caroline
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/21	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 24,00	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(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
Vitorado: 4064142021104000222

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/21 Lidia G. Furado Cirurgião-Dentista CRO 128.285	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/21 Caroline Vitoria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/21
---	---	---	---