



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



349961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	2-Data de Emissão da Guia 03/10/2018	3-Data de Autorização 05/10/2018	4-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755370	7-Data Validade da Guia 01/11/2018
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Empresa 01/11/2018					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Data 11/07/1979					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Data Validade do Plano 01/11/2018					
16-Nome do titular do plano CIRO FREITAS ROSA					
17-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
18-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
19-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
20-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
21-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
22-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
23-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
24-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
25-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
26-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
27-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
28-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
29-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
30-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
31-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
32-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
33-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
34-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
35-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
36-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
37-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
38-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
39-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
40-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
41-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
42-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
43-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
44-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
45-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
46-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
47-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
48-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
49-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
50-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
51-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
52-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
53-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
54-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
55-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
56-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
57-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
58-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
59-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
60-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
61-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
62-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
63-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
64-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
65-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
66-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
67-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
68-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
69-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
70-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
71-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
72-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
73-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
74-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
75-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
76-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
77-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
78-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
79-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
80-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
81-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
82-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
83-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
84-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
85-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
86-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
87-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
88-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
89-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
90-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
91-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
92-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
93-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
94-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
95-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
96-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
97-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
98-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
99-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
100-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

343658
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/2017	4-Data de Autorização 22/02/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7725023	7-Data Validade da Senha 22/02/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0002020510550600197802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS	14-Telefone 22/02/1962 () 58149222	15-Nome do titular do plano MARCIO DE JESUS LIMA
---	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RX N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36872816810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200158-36
--	---	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES	27-Número no CRO 102398	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 Classe	42-Assinatura
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			22/02/2017		Cristina
2	00081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1400	0,00			22/02/2017		Cristina
3	00085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	53300	0,00			22/02/2017		Cristina
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 581100	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 com os canais dissociados para produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2017 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2017 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/2017 Maria Cristina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/02/2017
--	--	--	---

MARIANA DOVICH MENDES
ODONTOLÓGICA
CNPJ: 19.189.248/0001-70



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

348346
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2017	4-Data de Autorização 13/11/2017	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747680	7-Data Validade da Guia 12/01/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0101202151055060061191011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome SOLANGE DE MATOS SANGALETTI	14-Telefone 16/11/1965	15-Nome do titular do plano SOLANGE DE MATOS SANGALETTI
--	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13168728661011	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CHES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES	27-Número no CRO 102398	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			31/01/2018		
2	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			31/01/2018		
3	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			31/01/2018		
4	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			31/01/2018		
5												
6												
7												
8												
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 14100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Considerações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 SP	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 SP
--	--	--	---

MARIANA DOVICH MENDES
ODONTOLOGIA
CNPJ: 13.189.248/0001-70



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344659
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/17	4-Data de Autorização 03/10/18	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7730883	7-Data Validade da Senha 21/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600157203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LETICIA GUEDES CALDEIRA	14-Telefone 11/08/1997	15-Nome do titular do plano SOLANGE CALDANA DA COSTA CALDEIRA
------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	--	----------------------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 36872866810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES	27-Número no CRO 102398	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	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/08/20		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/08/20		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/08/20		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/08/20		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término de 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/18 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/18 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/18 SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/18 SP
--	--	--	--

MARIANA DOVICH MENDES
ODONTOLÓGICA
CNPJ: 19.489.248/0001-70
SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

349113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2017	4-Data de Autorização 11/01/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7751391	7-Data Validade da Senha 29/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600197802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS		14-Telefone 22/02/1962 (11) 5811419222	15-Nome do titular do plano MARCIO DE JESUS LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36872866810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (F) 85200158-47
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0008152001158	TRATAMENTO ENDODONTICO	47	1	1
2	00081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1
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 547,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
49-Observação Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção Canais fraturados do duto médio ao apical motivo não foi possível durante o tratamento.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/08/2018 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/2018 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2018 Cristina SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/2018 SP	MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLÓGICA CNPJ: 19.189.246/0001-10	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338281
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/07/2011	3-Data de Autorização 21/07/2011	4-Senha AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7700351	6-Data Validade da Senha 11/07/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 01020225105506014324011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome DANIELA ALVES DE SOUZA		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano DANIELA ALVES DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36872866810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (R) 85200158-27 (I) 81000421-							
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	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 Cliqua	42-Assinatura
1	01018152001158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27		1	53300	0,00			01/08/2011		
2	0101811000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1400	0,00			01/08/2011		
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 547,00		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 canais maxilares inferiores, calcificados - Odontometria com localizadores apicais. em 01/08/2011 prognóstico favorável.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/08/2011 SP		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/08/2011 SP		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/2011 SP		53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/08/2011 SP MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLÓGICA CNPJ: 19.189.248/0001-70						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AP

337600
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/2017	3-Data de Autorização 14/01/2017	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7697580	6-Data Vencimento da Guia 01/01/2017
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 010202510550600157202		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome CEZAR DA COSTA CALDEIRA		13-Data 24/02/1967	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SOLANGE CALDANA DA COSTA CALDEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES		18-Número do CRO 102398	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 368728661011011		22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES		23-Número do CRO 102398	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		26-Número do CRO 102398		27-UF SP	28-Código CRO S 025 -
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Cat
1	0101852001158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1	53300
2	0101811000421	RX PERIAPICAL	1	1	14000
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 547100					
47-Valor Total R\$ 010100					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 000000					
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 valores 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 01/11/2017 SP					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2017 SP					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2017 SP					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2017 SP					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

331629
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/06 11/2101	4-Data de Autorização 10/21/07 11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7671483	7-Data Validade da Senha 21/8/10 19/11/2101
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102102511055060115721021	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	
13-Nome CEZAR DA COSTA CALDEIRA		14-Telefone 24/02/1967	15-Nome do titular do plano SOLANGE CALDANA DA COSTA CALDEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1316817218616110	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	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
1-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1
2-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1
3-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1
4-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1
5-01018511002118		RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOP	1
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto 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 121661010	47-Valor Total R\$ 1010101	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 21/11/08/11/21 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/08/11/21 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/11/08/11/21 SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/08/11/21 SP	MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLÓGICA CNPJ: 13.189.248/0001-70	