

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



470240

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 01/01/2012	4-Data de Autorização 01/01/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número do Guia Principal 8269362	7-Data Validade de Serviço 01/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102025313596000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAYANE DE FREITAS ALMEIDA	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano RAYANE DE FREITAS ALMEIDA
--------------------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO	18-Número no CRO 136828	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4170115066807	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA STORER PAVILHAO	23-Número no CRO 136828	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO	27-Número no CRO 136828	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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	0101851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61100	01000	1000		01/01/2012		
2												
3												
4												
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 61100	47-Valor Total R\$ 01000	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

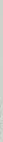
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2012 Gabriela S. Pavilhão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2012 Rayane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/01/2012 Gabriela Storer Pavilhão Cirurgiã-Dentista CRO/SP 136828
---	--	--	--



452250

1- Número AUS 406414	2- Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/12 11	3- Data de Autorização 11/12/10 11/12 11	4- Sessão AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 8188935	6- Data de Validade da Guia 11/12/10 11/12 11
-------------------------	---	---	-------------------------	--	--

[illegible]

13-ABR-98	EDISON DA SILVA BARBOZA	07/01/1979	14-7-Rafaelle 	15-Nome do titular do plano VANDERLI APARECIDA DE OLIVEIRA
-----------	-------------------------	------------	--	---

Dados do Contribuinte: Pessoa natural pelo Tratamento 16 Adicionalmente a RN N	17 Nome da Pessoa ou Sociedade GABRIELA STOREN PAVILHAO	18 Número no CNPJ 136828	19 UF SP	20 Código CIDO S 	21 Nome da Empresa Faturar Empresa
---	--	---	---	--	---

27-Código no Contrata / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado/Executor	24-UF	25-Código CNAIS	ENVIAR - RX
1471011510161810171111	GABRIELA STORER PAVILHAO	SP		01 81000421-R15
28-Nome do Profissional/Executante		27-Número no CBO	28-UF	29-Código CBO S
GABRIELA STORER PAVILHAO		136828	SP	
				01 81000421-R15

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solcadores

30-Ítem	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura do paciente	39-Valor	40-Valor
1	010	081001001030		CONSULTA ODONTOLÓGICA						
2	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
3	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
4	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
5	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
6	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
7	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
8	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
9	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
10	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
11	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
12	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
13	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
14	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
15	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
16	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
17	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
18	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
19	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
20	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
21	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
22	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
23	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
24	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
25	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
26	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
27	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
28	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
29	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
30	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
31	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
32	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
33	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
34	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
35	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
36	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
37	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
38	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
39	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
40	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
41	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
42	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
43	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
44	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
45	010	08100100421		RX PERIAPICAL						
46	010	08100100421								

13. Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/11/2017 Gabriel do S. Pereira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2017	53-Data, local e Caimbo da Entrega 12/11/2017 Gabriel do S. Pereira
			Cirurgião Dentista CRO/SP 136828

CRD/SP 136828



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3/4



459431
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 408414	2- Data de Emissão da Guia 21/10/11/1211	3- Data de Autorização 12/12/10/11/1211	4- Plano AUTORIZADO	5- Sessão 8219273	6- Número da Guia Principal 8219273	7- Data Validação da Guia 12/11/10/14/1211
8- Número na Guia 0101210121511015101610131318191013	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11- Data Validação da Guia 11/191	12- Número do Cartão Histórico da Guia 137101210181719	13- Nome do Cliente MARIA ROSELI BAGNOLO	14- Número da Guia 1211/1014/1211
15- Nome LUIZA MORAES BAGNOLO						
16- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento GABRIELA STORER PAVILHAO						
17- Nome do Profissional Responsável GABRIELA STORER PAVILHAO						
18- Número no CBO 138828						
19- UF SP						
20- Código CBO S 025						
21- Código na Operação (CBO) / CBO 141710111510161810171111						
22- Nome do Profissional Responsável GABRIELA STORER PAVILHAO						
23- Número no CBO 138828						
24- UF SP						
25- Código CBO S 025						
26- Data de Tratamento / Procedimentos Realizados						
27- Data de Tratamento						
28- Data de Tratamento						
29- Data de Tratamento						
30- Data de Tratamento						
31- Data de Tratamento						
32- Data de Tratamento						
33- Data de Tratamento						
34- Data de Tratamento						
35- Data de Tratamento						
36- Data de Tratamento						
37- Data de Tratamento						
38- Data de Tratamento						
39- Data de Tratamento						
40- Data de Tratamento						
41- Data de Tratamento						
42- Data de Tratamento						
43- Data de Tratamento						
44- Data de Tratamento						
45- Data de Tratamento						
46- Data de Tratamento						
47- Data de Tratamento						
48- Data de Tratamento						
49- Data de Tratamento						
50- Data de Tratamento						
51- Data de Tratamento						
52- Data de Tratamento						
53- Data de Tratamento						
54- Data de Tratamento						
55- Data de Tratamento						
56- Data de Tratamento						
57- Data de Tratamento						
58- Data de Tratamento						
59- Data de Tratamento						
60- Data de Tratamento						
61- Data de Tratamento						
62- Data de Tratamento						
63- Data de Tratamento						
64- Data de Tratamento						
65- Data de Tratamento						
66- Data de Tratamento						
67- Data de Tratamento						
68- Data de Tratamento						
69- Data de Tratamento						
70- Data de Tratamento						
71- Data de Tratamento						
72- Data de Tratamento						
73- Data de Tratamento						
74- Data de Tratamento						
75- Data de Tratamento						
76- Data de Tratamento						
77- Data de Tratamento						
78- Data de Tratamento						
79- Data de Tratamento						
80- Data de Tratamento						
81- Data de Tratamento						
82- Data de Tratamento						
83- Data de Tratamento						
84- Data de Tratamento						
85- Data de Tratamento						
86- Data de Tratamento						
87- Data de Tratamento						
88- Data de Tratamento						
89- Data de Tratamento						
90- Data de Tratamento						
91- Data de Tratamento						
92- Data de Tratamento						
93- Data de Tratamento						
94- Data de Tratamento						
95- Data de Tratamento						
96- Data de Tratamento						
97- Data de Tratamento						
98- Data de Tratamento						
99- Data de Tratamento						
100- Data de Tratamento						

CRO/SP 136828



30- Tabela	31- Código de Procedimento	32- Descrição	33- Carga Regulada	34- Fica	35- Od	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1-10	010	18	1	0	0	10	13	0				
2-10	010	18	5	1	0	0	19	6				
3-10	010	18	5	1	0	0	19	6				
4-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
5-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
6-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
7-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
8-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
9-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
10-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
11-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
12-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
13-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
14-10	010	18	4	0	1	0	19	6				
15-10	010	18	4	0	1	0	19	6				

CRO/SP 136828

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24P

491361
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 09/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8357375	7-Data Validade da Guia 02/06/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202025203444300025402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GEOVANIA DO NASCIMENTO LEAL		14-Telefone 01/02/1988 (19) 21113-11000	15-Nome do titular do plano RAFAEL GALINDO CARVALHO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO	18-Número no CRO 136828	19-UF SP	20-Código CBO 8	25 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 470115066807	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA STORER PAVILHAO	23-Número no CRO 136828	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (R) 81000421							
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO		27-Número no CRO 136828	28-UF SP	29-Código CBO 8								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabella	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Orientações	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000	04502				
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	1400	0000	10502				
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0000	10502				
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0000	10502				
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0000	10502				
6	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0000	10502				
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		19200		0000				
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 04/03/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/21			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/21			53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/21 Gabriela Storer Pavilhão Cirurgiã Dentista CRO/SP 136828			