



Cirurgião Dentista: 71261/SP - GILLIAN COSTANTI FREITAS (15375) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vi Bruto	Gloss	Descrição	Valor
497894-I	00202510550601245201	PJ- VALQUIRIA NOGUEIRA ALMEIDA	12/03/2021	COB	29,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (70 / 1) = 70 X 0,4 =	29,20
497895-I	00202510550601245201	PJ- VALQUIRIA NOGUEIRA ALMEIDA	12/03/2021	COB	103,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (258 / 1) = 258 X 0,4 =	103,20
502478-I	00202510550601838301	PJ- WILSON CASTILLO ORMEDILLA	18/03/2021	COB	29,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (70 / 1) = 70 X 0,4 =	29,20
519382-I	00202534192900000103	PJ- TARSIANA ALCANTARA DA SILVA	09/04/2021	COB	29,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (70 / 1) = 70 X 0,4 =	29,20
519387-I	00202534018900000101	PJ- MARIA JUCILENE DA CONCEICAO	09/04/2021	COB	58,40	0,00	PARC: 1 DE 1 - (140 / 1) = 140 X 0,4 =	58,40
531049-I	00202510550601889201	PJ- KATIA CILENE TREVISAN	22/04/2021	COB	213,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (533 / 1) = 533 X 0,4 =	213,20
538880-I	00202510550600009301	PJ- APARECIDA DOMINGUES	30/04/2021	COB	154,00	0,00	PARC: 1 DE 1 - (385 / 1) = 385 X 0,4 =	154,00
559382-I	00202510550600986701	PJ- ANGELICA FATIMA ARAUJO RIBEIRO	20/05/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (88 / 1) = 88 X 0,4 =	35,20
561812-I	00202534033100000101	PJ- ANTONIO OLIVEIRA SILVA	24/05/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (88 / 1) = 88 X 0,4 =	35,20
563073-I	00202510550601861703	PJ- BETEMILER FARIAS DA SILVA	25/05/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (88 / 1) = 88 X 0,4 =	35,20
590008-I	00202533370200000102	PJ- MARINEIDE ALVES DE	19/06/2021	COB	206,40	0,00	PARC: 1 DE 1 - (516 / 1) = 516 X 0,4 =	206,40
590251-I	00202534033100000101	PJ- ANTONIO OLIVEIRA SILVA	19/06/2021	COB	70,40	0,00	PARC: 1 DE 1 - (176 / 1) = 176 X 0,4 =	70,40
591416-I	00202535895200000101	PJ- ANDERSON GOMES DE ANDRADE	21/06/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (88 / 1) = 88 X 0,4 =	35,20

Atividade em 18/06/2021



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

497894
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 1 5 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8382102	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 6 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 2 4 5 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALQUIRIA NOGUEIRA ALMEIDA		14-Telefone (1 1) 4 1 2 7 - 7 6 2 1	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano VALQUIRIA NOGUEIRA ALMEIDA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 9 4 9 0 8 4 5 8 3 3	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0 0 8 2 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	7 3 0 0	0,00			3 1 0 5 2 1		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 31/05/21	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 7 3 0 0	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) a(s) minha(s) 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 31/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

497895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8382108	7-Data Validade da Senha 10/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601245201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALQUIRIA NOGUEIRA ALMEIDA		14-Telefone (11) 4127-7621	15-Data Validade da Carteira 09/03/1970		
15-Nome do titular do plano VALQUIRIA NOGUEIRA ALMEIDA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-34
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34		1	258,00	0,00			24/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/05/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Participação	46-Total Quantidade US 258,00	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 a autorização e 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 24/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Gillian C. Freitas
Cirurgião-Dentista
CRO-SP 71.261

Gillian C. Freitas
Cirurgião-Dentista
CRO-SP 71.261

0/K
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

**502478
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/21	4-Data de Autorização 25/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8398800	7-Data Validade da Senha 16/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601838901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILSON CASTILLO ORMEDILLA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILSON CASTILLO ORMEDILLA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS		18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS			27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00			18/04/21		Gillian C. Freitas
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/04/21	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 73,00	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 05/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

012

OdontoLife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

519382
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8467218	7-Data Validade da Senha 08/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534192900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TARSIANA ALCANTARA DA SILVA		14-Telefone 10/10/1991	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00			14/06/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/06/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatna Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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 14/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

519387
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8467241	7-Data Validação da Senha 08/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534016900000101		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 JUCILÊNE DA CONCEICAO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JUCILENE DA CONCEICAO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S		

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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73,00	0,00		S	14/06/21		XUC
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	14/06/21		XUC
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 146,00	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 14/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N

531049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2011	4-Data de Autorização 23/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8511446	7-Data Validade da Senha 21/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601889201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KATIA CILENE TREVISAN DONDERI		22/09/1971	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KATIA CILENE TREVISAN DONDERI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNFS	Enviar - RX (IF) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	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
1-00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00			05/05/2011		Katia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/05/2011	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 533,00	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 pagar todos os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/05/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/2011 Katia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

016

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



538880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 30/04/21		4-Data de Autorização 04/05/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8541120		7-Data Validade da Senha 29/07/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202510550600009901						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome APARECIDA DOMINGUES TEIXEIRA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano APARECIDA DOMINGUES TEIXEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS				18-Número no CRO 71261		19-UF SP		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833		22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS				23-Número no CRO 71261		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS						27-Número no CRO 71261		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	0085200115	RETRATAMENTO	22	1	385,00	0,00	0,00		S	04/06/21			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/06/21		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 385,00		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 21/06/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/06/21			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/06/21			53-Data, local e Carimbo da Empresa				

À Odontolife

Prezados colegas

Em relação ao tratamento do dente 22 de.

Agostinho Domingos Teixeira, temer neste dia
depois de ter feito consulta de sangramento
colocar de hidróxido de cálcio, fixar zero a
instrumentos, há necessidade extra dos REX e obturar
bem na medida da necessidade. Paciente com
doença e de necessidade de preservação da
dent antes de reabilitação

Att.



21/06/21

Gillian C. Freitas

Cirurgiã Dentista

CRO-SP 71.261

Rua Guadalupe, 78 - Parque das Nações
Santo André - SP - CEP 09280-050
Fone/fax: 4478-2800 - Cel: 9 7178-0009
E-mail: insiso@uol.com.br
www.insiso.com.br



559392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/21	4-Data de Autorização 21/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8614951	7-Data Validade da Senha 18/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600986001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANGELICA FATIMA ARAUJO RIBEIRO		14-Telefone 04/04/1985	15-Nome do titular do plano ANGELICA FATIMA ARAUJO RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	26/05/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/05/21	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 88,00	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 26/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



561812
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização 25/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8622766	7-Data Validade da Senha 22/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534033100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO OLIVEIRA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO OLIVEIRA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	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
1-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
88,00	0,00		S	26/05/21	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 26/05/21					
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 88,00	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 26/05/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



563073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/05/21	4-Data de Autorização 27/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8627372	7-Data Validade da Senha 23/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601861703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BETEMILER FARIAS DA SILVA		14-Telefone 19/10/1986 () 3243-3541	15-Nome do titular do plano MACLEIDE FREITAS DA SILVA		
Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS	18-Número no CRO 71261	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833	22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS	23-Número no CRO 71261	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261	28-UF SP	29-Código CBO S	

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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00		S	31/05/21		<i>Betemiler</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/05/21	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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 31/05/21 <i>Gillian C. Freitas</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 31/05/21 <i>Gillian C. Freitas</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 31/05/21 <i>Betemiler</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------

016

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



590008
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8717386	7-Data Validade da Senha 17/10/2012	2-Nº
8-Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
9-Número da Carteira 00202533370200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira	
13-Nome MARINEIDE ALVES DE ALCANTARA			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO LAUDE	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS		18-Número no CRO 71261	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833		22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		23-Número no CRO 71261		19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261		28-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-11 (IF) 85200166-21

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	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258,00	0,00		S	28/10/12		<i>[Assinatura]</i>
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00		S	28/10/12		<i>[Assinatura]</i>
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 516,00	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 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



590251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/21	4-Data de Autorização 12/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8718038	7-Data Validade da Senha 17/09/21
8-Número da Carteira 0020253403310000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ANTONIO OLIVEIRA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO OLIVEIRA SILVA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833		22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		23-Número no CRO 71261	
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		27-Número no CRO 71261		28-UF SP	
				29-Código CBO S	
				20-Código CBO S	
				24-UF SP	
				25-Código CNES	
				29-Código CBO S	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			25/06/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00			25/06/21		
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 176,00	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), 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 25/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

591416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/06/21		4-Data de Autorização 23/06/21		5-Senha AUTORIZADO*		6-Número da Guia Principal 8724346		7-Data Validade da Senha 19/09/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535695200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ANDERSON GOMES DE ANDRADE						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDERSON GOMES DE ANDRADE					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GILLIAN COSTANTI FREITAS				18-Número no CRO 71261		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29490845833				22-Nome do Contratado Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS		23-Número no CRO 71261		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200			
26-Nome do Profissional Executante GILLIAN COSTANTI FREITAS						27-Número no CRO 71261		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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00		S	25/06/21		Anderson	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/06/21		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 88,00		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 25/06/21 Gillian C. Freitas				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/21 Gillian C. Freitas				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/21 Anderson		53-Data, local e Carimbo da Empresa			