



437146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8129144	7-Data Validade da Serção 08/03/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533637600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LETICIA PEREIRA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LETICIA PEREIRA DA SILVA
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (IF) 85200158-46 (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			08/11/2012		
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00			08/11/2012		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			08/11/2012		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			08/11/2012		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			08/11/2012		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			08/11/2012		
7-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	53,00	0,00			08/11/2012		
8-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			08/11/2012		
9-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			08/11/2012		
10-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OML	1	22,00	0,00			08/11/2012		
11-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			08/11/2012		
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/2012	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 1028,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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

Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados. Canal distal ligeiramente calcificado

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012 Leticia Pereira da Silva	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
--	--	--	--



455296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número de Guia Principal 8202456	7-Data Validade de Senha 16/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534588500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA 04/09/1975			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			21/01/21	X Carlos R. S.
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			/ /	X
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			21/01/21	X Carlos R. S.
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			25/01/21	X Carlos R. S.
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 0,00	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(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
Foram realizados os seguintes exames de imagem 3, 4.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/01/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Carlos Roberto S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



460915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8228101	7-Data Validade da Senha 21/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202534581501010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS ROBERTO DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data de Nascimento 04/09/1975		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 4575407810111	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Contratado IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	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	01082010108175	EXODONTIA SIMPLES DE	37	1	1	73,10	0,00			21/01/2011		<i>Carla R. S.</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/01/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 21/01/2011 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2011 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2011 Carlos Roberto da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---



455294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8202454	7-Data Validade da Senha 16/04/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025345885000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA	14-Telefone 04/09/1975 () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA
---------------------------------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 457154078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/01/21		IZABELLA ANTUNES
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/01/21		IZABELLA ANTUNES
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/01/21		IZABELLA ANTUNES
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/01/21		IZABELLA ANTUNES
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/01/21		IZABELLA ANTUNES
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 16/01/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/01/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/01/21 Carlos Roberto S	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
--	--	--	--



455297
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 24/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 455297	7-Data Validade da Senha 16/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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	01085300055	REMOCAO DE FATORES DE			1	34,00	0,00			15/01/21		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/01/21	44-Tipo de Alimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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, compreendendo-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 15/01/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/21 Carlos Roberto da Silveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



455298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número de Guia Principal 8202461	7-Data Validade de Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202534758700001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JULIANA MARTINS FERREIRA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JULIANA MARTINS FERREIRA
-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4575407887011	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/01/21		
2-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/01/21		
3-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/01/21		
4-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/01/21		
5-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ		1	36,00	0,00			10/01/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/01/21	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 000000	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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/01/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 10/01/21 Juliana Martins Ferreira	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/01/21
--	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/10/2012, [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/10/2012, [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/10/2012, [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa: [Assinatura]



460896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8228033	7-Data Validade da Senha 12/01/01/21
--------------------------	--	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00020253458500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome SOPHIA ELLEM MARQUES SILVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Crd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/01/21		*Carlos R.S.
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			28/01/21		*Carlos R.S.
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 28/01/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21 *Carlos R.S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



460898
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão de Guia 21/01/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número de Guia Principal 8228039	7-Data Validade de Senha 21/01/2011
--------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0020253458500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome SOPHIA ELLEM MARQUES SILVEIRA	14-Telefone 26/01/2008	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA
--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo de Glorosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			21/01/2011		Carlos R.S.
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			21/01/2011		Carlos R.S.
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			21/01/2011		Carlos R.S.
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			21/01/2011		Carlos R.S.
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			21/01/2011		Carlos R.S.
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			21/01/2011		Carlos R.S.
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/01/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Data de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ler 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 21/01/2011 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2011 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2011 Carlos R.S.	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

CRO: 137861/SP

Cirurgião Dentista: (17876) - IZABELLA ANTUNES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
437146 - I	LETICIA PEREIRA DA SILVA (00202533637600000101)		08/12/2020	1028	0.3	R\$ 308,40
455294 - I	CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA (00202534588500000101)		16/01/2021	178	0.3	R\$ 53,40
455296 - I	CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA (00202534588500000101)		16/01/2021	56	0.3	R\$ 16,80
455297 - I	CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA (00202534588500000101)		16/01/2021	34	0.3	R\$ 10,20
455298 - I	JULIANA MARTINS FERREIRA (00202534758700000101)		16/01/2021	178	0.3	R\$ 53,40
460894 - I	MARCELA CRISTINA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000103)		24/01/2021	34	0.3	R\$ 10,20
460896 - I	SOPHIA ELLEM MARQUES SILVEIRA (00202534588500000102)		24/01/2021	106	0.3	R\$ 31,80
460898 - I	SOPHIA ELLEM MARQUES SILVEIRA (00202534588500000102)		24/01/2021	366	0.3	R\$ 109,80
460915 - I	CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA (00202534588500000101)		24/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:	2053	
				Nº de atendimentos:	9	
				Valor:	R\$ 615,90	
Totalizador						
				Nº de USOs:	2053	
				Nº de atendimentos:	9	
				Valor:	R\$ 615,90	

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 31/01/2021 15:47

Página 1 de 1