

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



294406

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
		UNIMED SAUDE E ODONTO SA		2		294406	
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado			
6 - Código na Operadora				37382/RJ - ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS			
33708575000112							
Dados do Recurso do Protocolo				11 - Justificativa			
8 - Número do Lote				9 - Número do Protocolo			
10 - Código da Glosa do Protocolo				12 -			
Dados do Recurso da Guia				16 - Beneficiário			
13 - Número da Guia no Prestador				00379994062404072 - MARCIO ANDERSON GUEDES LIPPI			
262992							
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				15 - Status			
262992				RECURSO DE			
17 - Código da Glosa da Guia				18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
3081				Restauração mista amixada a quer no site do Odonto Life.			
19 -							
Dados dos Itens da Guia				27 - Código da Glosa			
20 - Data de Realização do Procedimento				21 - Dente/Região			
28 - Valor Recusado				22 - Face			
30 - Valor Acatado				23 - Quantidade			
				24 - Tabela			
				25 - Procedimento/Item Assistencial			
				26 - Descrição do Procedimento			
				27 - Código da Glosa			
1- 1712201916M, O, D019485100218				RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES			
4880							
000							
2- 1712201915O, D019485100200				RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES			
3520							
000							
3- 1712201915O, D019485100200							
4880							
000							
4- 1712201915O, D019485100200							
4880							
000							
5- 1712201915O, D019485100200							
4880							
000							
6- 1712201915O, D019485100200							
4880							
000							
32 - Valor Total Recusado (R\$)				33 - Valor Total Acatado (R\$)			
8400				000			
34 - Data do Recurso				35 - Assinatura do Prestador			
06/04/2020				Ana Anderson			
36 - Data da Assinatura da Operadora				37 - Assinatura da Operadora			
17/04/2020							



300432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/20	4-Data de Autorização 12/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158365	7-Data Validade da Senha 10/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Cadeira 0037994062729974		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASTCERJ	11-Data Validade da Cadeira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704201789023888
13-Nome FABIANA BEZERRA GONCALVES		14-Telefone 18/03/1977	15-Nome do titular do plano GLAUSTON ARAUJO DA SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382		28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cx/d	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6100	0,00		S	12/03/20		16/1
2-												
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 6100	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 12/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgião-Dentista
C.R.O.-RJ: 37382



300305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/20	4-Data de Autorização 12/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158278	7-Data Validade da Senha 10/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 00379994062729974		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASTCERJ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704201789023888
13-Nome FABIANA BEZERRA GONCALVES			14-Telefone () -	15-Data Validade da Senha 18/03/1977			
15-Nome do titular do plano GLAUSTON ARAUJO DA SILVA							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		23-Número no CRO 37382		24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382		28-UF RJ	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/03/20		AB
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/03/20		AB
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/03/20		AB
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/03/20		AB
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/03/20		AB
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 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 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 12/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/20
---	---	---	---

Danielle Berrie



296281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/20	4-Data de Autorização 13/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7452994	7-Data Validade da Senha 02/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529025100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IRANI RAMALHO CRUZEIRO		14-Telefone (21) 3577-4189	15-Data Validade da Carteira 03/07/1958	
15-Nome do titular do plano IRANI RAMALHO CRUZEIRO				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (i) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(i) 85100200	

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MPV	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		S	13/03/20		
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 210,00	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 13/03/20 <i>AC</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/03/20 <i>AC</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/03/20 <i>Irani Ramalho</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/03/20 <i>Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382</i>
---	---	--	--



303501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/20	4-Data de Autorização 18/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50159877	7-Data Validade da Senha 16/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000023360510	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700500345601858
13-Nome ELISABETE BRASIL SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELISABETE BRASIL SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	18/03/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MP	1	88,00	0,00		S	18/03/20		
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 149,00	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 18/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/03/20 Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	---



303475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/20	4-Data de Autorização 19/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50159876	7-Data Validade da Senha 16/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000023360510	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700500345601858
13-Nome ELISABETE BRASIL SOUZA		14-Telefone 04/05/1970	15-Nome do titular do plano ELISABETE BRASIL SOUZA	

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado/Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/03/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/03/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/03/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/03/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/03/20		
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 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 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 19/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/03/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ: 37382



279403
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 29/01/20	4-Data de Autorização 04/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7361721	7-Data Validade da Senha 28/04/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202529025100000101		13-Nome IRANI RAMALHO CRUZEIRO		14-Telefone (21) 3577-4189	
		15-Nome do titular do plano IRANI RAMALHO CRUZEIRO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ
		25-Código CNES	26-Código CNES	(I) 85300039-011 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013	
28-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/03/20		
2-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	04/03/20		
3-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	04/03/20		
4-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	04/03/20		
5-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	04/03/20		
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 210,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/03/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 177222

Periograma

Nome do Profissional Executante: Ana Carolina Gomes de Campos

CRO/UF: 37.382-RJ

Guia: 279403

Data do Exame: 04/03/2020

Nome do Beneficiário: Itani Ramalho Cruzeiro

DENTE	18			17			16			15			14			13			12			11			21			A 22			23			24			25			26			27			28		
FACE	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M						
V	Bolsa																		4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3																	
	Reces.																																															
P	Bolsa																		5	5	4	4	3	5	3	3	3	3	3	3																		
	Reces.																																															

MOBILIDADE																		
FURCA																		

DENTE	48			47			46			45			44			43 A.			42			41			31			32			33			34			35			36			37			38		
FACE	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M						
V	Bolsa						4	4	5	5	4	5	6	5	5	5	4	4				3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5	5	4	5			5	5	5
	Reces.																																															
L	Bolsa						4	5	5	4	5	5	6	5	5	5	4	4				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	4	5			5	5	5
	Reces.																																															

MOBILIDADE																		
FURCA																		

DATA: 04/03/2020

Ana Carolina G. de Campos
Assinatura e Carimbo do Profissional Executante
CRO-RJ: 37382



304594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/03/20	4-Data de Autorização 31/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160607	7-Data Validade da Senha 29/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063856325	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PARADA HORTIFRUTI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704605611421123
13-Nome RAISSA MESSNER DA COSTA		14-Telefone 02/05/1994	15-Nome do titular do plano ANGELA MARIA DE SOUZA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/04/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/04/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/04/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	15/04/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/04/20		
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 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 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 15/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/04/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	--

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382