

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/06/2010	4-Data de Autorização 01/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664570	7-Data Validade da Senha 24/09/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530413300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANESSA RIBEIRO PEREIRA TAVARES		14-Telefone 22/04/1985	15-Nome do titular do plano VANESSA RIBEIRO PEREIRA TAVARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/08/2010		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/08/2010		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/08/2010		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/08/2010		
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 144,00	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 28/08/2010 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2010 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2010 Vanessa Ribeiro Pereira Tavares	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2010 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869
--	---	--	---



338709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 03/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7702504	7-Data Válida da Senha 12/10/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601806201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCILENE ROSA PIRES BATISTA			14-Telefone 10/06/1973	15-Nome do titular do plano MARCILENE ROSA PIRES BATISTA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA		18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837		22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA		23-Número no CRO 117869	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869		28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabella	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	30/09/20		XHB
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	30/09/20		XHB
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 30/09/2019 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2019 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2019 MARCILENE ROSA PIRES BATISTA	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2019 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869
---	---	---	---

365234
INTERCÂMBIO

Digitalizado com CamScanner



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF

352301
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/10 08/12/01	4-Data de Autorização 01/07/10 08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766586	7-Data Vencimento da Guia 01/04/11 11/12/01
8-Número do Contrato 010202021510105510601164111021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Vencimento da Carteira 01/01/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome GABRIEL DOS SANTOS COSTA		14-Telefone 02/12/1999 (11) 518311-1101619		15-Nome do titular do plano ELSON WAGNER DA COSTA	
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA		18-Número no CRO 117869	
19-Código de Operadora - CNPU - CNP 143018151401218317		20-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA		21-Número no CRO 117869	
22-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		23-Número no CRO 117869		24-UF SP	
25-Código CBO 3 414 - Faturar Empresa		26-UF SP		27-Código CBO 3	
28-UF SP		29-Código CBO 3		30-UF SP	
31-UF SP		32-UF SP		33-UF SP	
34-UF SP		35-UF SP		36-UF SP	
37-UF SP		38-UF SP		39-UF SP	
40-UF SP		41-UF SP		42-UF SP	
43-UF SP		44-UF SP		45-UF SP	
46-UF SP		47-UF SP		48-UF SP	
49-UF SP		50-UF SP		51-UF SP	
52-UF SP		53-UF SP		54-UF SP	
55-UF SP		56-UF SP		57-UF SP	
58-UF SP		59-UF SP		60-UF SP	
61-UF SP		62-UF SP		63-UF SP	
64-UF SP		65-UF SP		66-UF SP	
67-UF SP		68-UF SP		69-UF SP	
70-UF SP		71-UF SP		72-UF SP	
73-UF SP		74-UF SP		75-UF SP	
76-UF SP		77-UF SP		78-UF SP	
79-UF SP		80-UF SP		81-UF SP	
82-UF SP		83-UF SP		84-UF SP	
85-UF SP		86-UF SP		87-UF SP	
88-UF SP		89-UF SP		90-UF SP	
91-UF SP		92-UF SP		93-UF SP	
94-UF SP		95-UF SP		96-UF SP	
97-UF SP		98-UF SP		99-UF SP	
100-UF SP		101-UF SP		102-UF SP	
103-UF SP		104-UF SP		105-UF SP	
106-UF SP		107-UF SP		108-UF SP	
109-UF SP		110-UF SP		111-UF SP	
112-UF SP		113-UF SP		114-UF SP	
115-UF SP		116-UF SP		117-UF SP	
118-UF SP		119-UF SP		120-UF SP	
121-UF SP		122-UF SP		123-UF SP	
124-UF SP		125-UF SP		126-UF SP	
127-UF SP		128-UF SP		129-UF SP	
130-UF SP		131-UF SP		132-UF SP	
133-UF SP		134-UF SP		135-UF SP	
136-UF SP		137-UF SP		138-UF SP	
139-UF SP		140-UF SP		141-UF SP	
142-UF SP		143-UF SP		144-UF SP	
145-UF SP		146-UF SP		147-UF SP	
148-UF SP		149-UF SP		150-UF SP	
151-UF SP		152-UF SP		153-UF SP	
154-UF SP		155-UF SP		156-UF SP	
157-UF SP		158-UF SP		159-UF SP	
160-UF SP		161-UF SP		162-UF SP	
163-UF SP		164-UF SP		165-UF SP	
166-UF SP		167-UF SP		168-UF SP	
169-UF SP		170-UF SP		171-UF SP	
172-UF SP		173-UF SP		174-UF SP	
175-UF SP		176-UF SP		177-UF SP	
178-UF SP		179-UF SP		180-UF SP	
181-UF SP		182-UF SP		183-UF SP	
184-UF SP		185-UF SP		186-UF SP	
187-UF SP		188-UF SP		189-UF SP	
190-UF SP		191-UF SP		192-UF SP	
193-UF SP		194-UF SP		195-UF SP	
196-UF SP		197-UF SP		198-UF SP	
199-UF SP		200-UF SP		201-UF SP	
202-UF SP		203-UF SP		204-UF SP	
205-UF SP		206-UF SP		207-UF SP	
208-UF SP		209-UF SP		210-UF SP	
211-UF SP		212-UF SP		213-UF SP	
214-UF SP		215-UF SP		216-UF SP	
217-UF SP		218-UF SP		219-UF SP	
220-UF SP		221-UF SP		222-UF SP	
223-UF SP		224-UF SP		225-UF SP	
226-UF SP		227-UF SP		228-UF SP	
229-UF SP		230-UF SP		231-UF SP	
232-UF SP		233-UF SP		234-UF SP	
235-UF SP		236-UF SP		237-UF SP	
238-UF SP		239-UF SP		240-UF SP	
241-UF SP		242-UF SP		243-UF SP	
244-UF SP		245-UF SP		246-UF SP	
247-UF SP		248-UF SP		249-UF SP	
250-UF SP		251-UF SP		252-UF SP	
253-UF SP		254-UF SP		255-UF SP	
256-UF SP		257-UF SP		258-UF SP	
259-UF SP		260-UF SP		261-UF SP	
262-UF SP		263-UF SP		264-UF SP	
265-UF SP		266-UF SP		267-UF SP	
268-UF SP		269-UF SP		270-UF SP	
271-UF SP		272-UF SP		273-UF SP	
274-UF SP		275-UF SP		276-UF SP	
277-UF SP		278-UF SP		279-UF SP	
280-UF SP		281-UF SP		282-UF SP	
283-UF SP		284-UF SP		285-UF SP	
286-UF SP		287-UF SP		288-UF SP	
289-UF SP		290-UF SP		291-UF SP	
292-UF SP		293-UF SP		294-UF SP	
295-UF SP		296-UF SP		297-UF SP	
298-UF SP		299-UF SP		300-UF SP	
301-UF SP		302-UF SP		303-UF SP	
304-UF SP		305-UF SP		306-UF SP	
307-UF SP		308-UF SP		309-UF SP	
310-UF SP		311-UF SP		312-UF SP	
313-UF SP		314-UF SP		315-UF SP	
316-UF SP		317-UF SP		318-UF SP	
319-UF SP		320-UF SP		321-UF SP	
322-UF SP		323-UF SP		324-UF SP	
325-UF SP		326-UF SP		327-UF SP	
328-UF SP		329-UF SP		330-UF SP	
331-UF SP		332-UF SP		333-UF SP	
334-UF SP		335-UF SP		336-UF SP	
337-UF SP		338-UF SP		339-UF SP	
340-UF SP		341-UF SP		342-UF SP	
343-UF SP		344-UF SP		345-UF SP	
346-UF SP		347-UF SP		348-UF SP	
349-UF SP		350-UF SP		351-UF SP	
352-UF SP		353-UF SP		354-UF SP	
355-UF SP		356-UF SP		357-UF SP	
358-UF SP		359-UF SP		360-UF SP	
361-UF SP		362-UF SP		363-UF SP	
364-UF SP		365-UF SP		366-UF SP	
367-UF SP		368-UF SP		369-UF SP	
370-UF SP		371-UF SP		372-UF SP	
373-UF SP		374-UF SP		375-UF SP	
376-UF SP		377-UF SP		378-UF SP	
379-UF SP		380-UF SP		381-UF SP	
382-UF SP		383-UF SP		384-UF SP	
385-UF SP		386-UF SP		387-UF SP	
388-UF SP		389-UF SP		390-UF SP	
391-UF SP		392-UF SP		393-UF SP	
394-UF SP		395-UF SP		396-UF SP	
397-UF SP		398-UF SP		399-UF SP	
400-UF SP		401-UF SP		402-UF SP	
403-UF SP		404-UF SP		405-UF SP	
406-UF SP		407-UF SP		408-UF SP	
409-UF SP		410-UF SP		411-UF SP	
412-UF SP		413-UF SP		414-UF SP	
415-UF SP		416-UF SP		417-UF SP	
418-UF SP		419-UF SP		420-UF SP	
421-UF SP		422-UF SP		423-UF SP	
424-UF SP		425-UF SP		426-UF SP	
427-UF SP		428-UF SP		429-UF SP	
430-UF SP		431-UF SP		432-UF SP	
433-UF SP		434-UF SP		435-UF SP	
436-UF SP		437-UF SP		438-UF SP	
439-UF SP		440-UF SP		441-UF SP	
442-UF SP		443-UF SP		444-UF SP	
445-UF SP		446-UF SP		447-UF SP	
448-UF SP		449-UF SP		450-UF SP	
451-UF SP		452-UF SP		453-UF SP	
454-UF SP		455-UF SP		456-UF SP	
457-UF SP		458-UF SP		459-UF SP	
460-UF SP		461-UF SP		462-UF SP	
463-UF SP		464-UF SP		465-UF SP	
466-UF SP		467-UF SP		468-UF SP	
469-UF SP		470-UF SP		471-UF SP	
472-UF SP		473-UF SP		474-UF SP	
475-UF SP		476-UF SP		477-UF SP	
478-UF SP		479-UF SP		480-UF SP	
481-UF SP		482-UF SP		483-UF SP	
484-UF SP		485-UF SP		486-UF SP	
487-UF SP		488-UF SP		489-UF SP	
490-UF SP		491-UF SP		492-UF SP	
493-UF SP		494-UF SP		495-UF SP	
496-UF SP		497-UF SP		498-UF SP	
499-UF SP		500-UF SP		501-UF SP	
502-UF SP		503-UF SP		504-UF SP	
505-UF SP		506-UF SP		507-UF SP	
508-UF SP		509-UF SP		510-UF SP	
511-UF SP		512-UF SP		513-UF SP	
514-UF SP		515-UF SP		516-UF SP	
517-UF SP		518-UF SP		519-UF SP	
520-UF SP		521-UF SP		522-UF SP	
523-UF SP		524-UF SP		525-UF SP	
526-UF SP		527-UF SP		528-UF SP	
529-UF SP		530-UF SP		531-UF SP	
532-UF SP		533-UF SP		534-UF SP	
535-UF SP		536-UF SP		537-UF SP	
538-UF SP		539-UF SP		540-UF SP	
541-UF SP		542-UF SP		543-UF SP	
544-UF SP		545-UF SP		546-UF SP	
547-UF SP		548-UF SP		549-UF SP	
550-UF SP		551-UF SP		552-UF SP	
553-UF SP		554-UF SP		555-UF SP	
556-UF SP		557-UF SP		558-UF SP	
559-UF SP		560-UF SP		561-UF SP	
562-UF SP		563-UF SP		564-UF SP	
565-UF SP		566-UF SP		567-UF SP	
568-UF SP		569-UF SP		570-UF SP	
571-UF SP		572-UF SP		573-UF SP	
574-UF SP		575-UF SP		576-UF SP	
577-UF SP		578-UF SP		579-UF SP	
580-UF SP		581-UF SP		582-UF SP	
583-UF SP		584-UF SP		585-UF SP	
586-UF SP		587-UF SP		588-UF SP	
589-UF SP		590-UF SP		591-UF SP	
592-UF SP		593-UF SP		594-UF SP	
595-UF SP		596-UF SP		597-UF SP	
598-UF SP		599-UF SP		600-UF SP	
601-UF SP		602-UF SP		603-UF SP	
604-UF SP		605-UF SP		606-UF SP	
607-UF SP		608-UF SP		609-UF SP	
610-UF SP		611-UF SP		612-UF SP	
613-UF SP		614-UF SP		615-UF SP	
616-UF SP		617-UF SP		618-UF SP	
619-UF SP		620-UF SP		621-UF SP	
622-UF SP		623-UF SP		624-UF SP	
625-UF SP		626-UF SP		627-UF SP	
628-UF SP		629-UF SP		630-UF SP	
631-UF SP		632-UF SP		633-UF SP	
634-UF SP		635-UF SP		636-UF SP	
637-UF SP		638-UF SP		639-UF SP	
640-UF SP		641-UF SP		642-UF SP	
643-UF SP		644-UF SP		645-UF SP	
646-UF SP		647-UF SP		648-UF SP	
649-UF SP		650-UF SP		651-UF SP	
652-UF SP		653-UF SP		654-UF SP	
655-UF SP		656-UF SP		657-UF SP	
658-UF SP		659-UF SP		660-UF SP	
661-UF SP		662-UF SP		663-UF SP	
664-UF SP		665-UF SP		666-UF SP	
667-UF SP		668-UF SP		669-UF SP	
670-UF SP		671-UF SP		672-UF SP	
673-UF SP		674-UF SP		675-UF SP	
676-UF SP		677-UF SP		678-UF SP	
679-UF SP		680-UF SP		681-UF SP	
682-UF SP		683-UF SP		684-UF SP	
685-UF SP		686-UF SP		687-UF SP	
688-UF SP		689-UF SP		690-UF SP	
691-UF SP		692-UF SP		693-UF SP	
694-UF SP					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*

366402
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2018	4-Data de Autorização 13/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7832456	7-Data Validade de Senha 12/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002022510550601653401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE MONTEIRO SOARES	14-Telefone 04/04/1978	15-Data de Validade do Plano ALINE MONTEIRO SOARES		

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRD 117869	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Enviar - RX (F) 8520015837
22-Código no Ocorrência / CBO / CBO 413085402837	23-Nome do Contratado Essencial AGATA VENTURA DORTA	24-Número no CRD 117869	25-UF SP	26-Código CBO S	
27-Nome do Profissional Essencial AGATA VENTURA DORTA	28-Número no CRD 117869	29-UF SP	30-Código CBO S		

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cliente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Assinatura
1	0002022510550601653401	TRATAMENTO ENDODONTICO	37	1	1	533300	0,10	0,10		20/09/2018		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533300	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$ 0,10
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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) acima, é 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-Considerações

50-Cargo, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado Solicitante Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	51-Cargo, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado Essencial Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Cargo, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dra. Aline Monteiro Soares Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	53-Cargo, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado Essencial Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869
--	--	---	--



2-10

366399
INTERCÂMBIO

Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



361227
 INTERCÂMBIO

1-Registro AAS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 12/11/08/12/01

4-Data de Autorização
 10/9/10/9/12/01

5-Série
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 7807301

7-Data Validade da Série
 11/9/11/1/2/01

8-Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira
 10/12/012/510/550/60117/6/8/9/0/11

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11/1/2/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 MIRIAM PERAZZO

25/06/1957

14-Telefone
 () - - - - -

15-Nome do Titular do plano
 MIRIAM PERAZZO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 AGATA VENTURA DORTA

18-Número no CRO
 117869

19-UF
 SP

20-Código CBO S
 025 -

21-Código CNES
 Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
 AGATA VENTURA DORTA

23-Número no CRO
 117869

24-UF
 SP

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
 AGATA VENTURA DORTA

27-Número no CRO
 117869

28-UF
 SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abeta	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 Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	27	0	1	6 1 0 0	0,00			13/01/09/12/01		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	37	0	1	6 1 0 0	0,00			13/01/09/12/01		
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Prevista Término do Tratamento		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	
											1122,00	
											47-Valor Total R\$	
											10,00	
											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 no 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 Beneficiário
 13/01/09/12/01
 51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista
 13/01/09/12/01
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 13/01/09/12/01
 53-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista
 13/01/09/12/01



360510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803969	7-Data Validade da Senha 18/11/20
8-Número da Carteira 00202530268900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS		14-Telefone 22/10/1984	15-Nome do titular do plano PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837		22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/09/20		Priscila
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	L	1	61,00	0,00		S	21/09/20		Priscila
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 95,00	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.

9-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/09/2020 Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/2020 Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/2020 Priscila	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/2020 Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869
--	---	--	---