



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



379132

Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2 - Nº Guia no Prestador 379132	
4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela			
6 - Nome do Contratado 125115/SP - CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		7 - Nome do Contratado			
8 - Número do Protocolo 125115/SP - CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		9 - Nome do Contratado			
10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -	
13 - Número da Guia no Prestador 4 6 3 5 7		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 4 6 3 5 7		15 - Status AUTORIZADO	
16 - Beneficiário 00202524773200000104 - FRANCIELE DAIANE SILVA		17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -			
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face	
23 - Valor Recusado		24 - Quantidade		25 - Procedimento/Item Assistencial	
26 - Valor Acusado		27 - Descrição do Procedimento		28 - Código da Glosa	
29 - Justificativa do Prestador		30 - Justificativa da Operadora		31 -	
32 - Data do Recurso 0 8 / 0 8 / 2 0 1 2		33 - Valor Total Recusado (R\$) 2 6 6 5 0		34 - Valor Total Acusado (R\$) 0 0 0 0	
35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	

20.000.764/0001-31
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJÓN,
CAZARI E CAZARI LTDA.
AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
MARILIA - SP.



444768

[illegible]

[illegible]



2-N



26.950.764/0001-31

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,

CAZARI E CAZARI LTDA
AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
MARÍLIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123322	7-Data Validade da Senha 07/03/2013	435954 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0020253393270000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUARA GARCIA LOURENCO		14-Telefone 21/09/2001	15-Nome do titular do plano LUARA GARCIA LOURENCO			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60,00
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60,00
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60,00
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60,00
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento 15/12/2012		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 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(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						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2012
				CAZARI E CAZARI LTDA		AV. JOÃO MARTINHO, 1797 JD. SANTA ANTONIA - CEP: 17512-310 MARILIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



407995
INTERCÂMBIO

1-Registro A/S 406414	3-Data de Emissão de Guia 21/9/11 01/12/01	4-Data de Autorização 21/6/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8008619	7-Data Validade da Senha 21/7/11 01/12/11
8-Número da Carteira 01020251105506017044011			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-Telefone (11) 1111-1111	14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Data Validade da Carteira 12/03/1969			16-Data Validade da Carteira 12/03/1969		
17-Nome do Beneficiário DALVA JOSE DE DEUS			18-Nome do titular do plano DALVA JOSE DE DEUS		
19-Atendimento a RN N			20-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 401573470898			22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		
23-Número no CRO 125115			24-UF SP		
25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			26-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-17		
27-Número no CRO 125115			28-UF SP		
29-Código CBO S (I) 85100218			30-Código CBO S (I) 85100218		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-01018521001158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17	1	1
2-01018511002118		RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMD	1
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12/11					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total US 61551001					
47-Valor Total R\$ 101010					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111					
49-Observação 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 e procedimentos estabelecidos no 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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12/11					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12/11					

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.

JOÃO MARTINS COELHO, 1979
SANTA ANTONIA - SP - CEP. 17512-310

MARILIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1º



407994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Data de Autorização 21/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8008617	7-Data Validade da Senha 21/01/2012
8-Número da Carteira 0102025110550601704401			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Name DALVA JOSE DE DEUS			14-Telefone 12/03/1969	15-Nome do titular do plano DALVA JOSE DE DEUS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI	18-Número no CRO 125115	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 405173470898			22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 125115	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI			27-Número no CRO 125115	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/01/2012		
2	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/01/2012		
3	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/01/2012		
4	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/01/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/01/2012	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 144,00	47-Valor Total R\$ R\$ 5.280,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 contratado que assina este 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 21/01/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/2012					

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.

AV. JOÃO MARTINS, 100 - JARDIM
SANTA ANTONIA - CEP 17512-310
MARILIA - SP.

OdontoLife
tarifical para você sair

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/08/11 09/12/01		4-Data da Autorização 22/09/11 09/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8005871		7-Data Validade da Senha 22/09/11 09/12/01		407337 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 01020253255630000001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BARBARA SANTOS SOUZA													
14-Telefone 24/02/2001 (11) 1111-1111													
15-Data Validade da Carteira 11/11/11													
16-Data Validade da Carteira 11/11/11													
17-Data Validade da Carteira 11/11/11													
18-Data Validade da Carteira 11/11/11													
19-Data Validade da Carteira 11/11/11													
20-Data Validade da Carteira 11/11/11													
21-Data Validade da Carteira 11/11/11													
22-Data Validade da Carteira 11/11/11													
23-Data Validade da Carteira 11/11/11													
24-Data Validade da Carteira 11/11/11													
25-Data Validade da Carteira 11/11/11													
26-Data Validade da Carteira 11/11/11													
27-Data Validade da Carteira 11/11/11													
28-Data Validade da Carteira 11/11/11													
29-Data Validade da Carteira 11/11/11													
30-Data Validade da Carteira 11/11/11													
31-Data Validade da Carteira 11/11/11													
32-Data Validade da Carteira 11/11/11													
33-Data Validade da Carteira 11/11/11													
34-Data Validade da Carteira 11/11/11													
35-Data Validade da Carteira 11/11/11													
36-Data Validade da Carteira 11/11/11													
37-Data Validade da Carteira 11/11/11													
38-Data Validade da Carteira 11/11/11													
39-Data Validade da Carteira 11/11/11													
40-Data Validade da Carteira 11/11/11													
41-Data Validade da Carteira 11/11/11													
42-Data Validade da Carteira 11/11/11													
43-Data Validade da Carteira 11/11/11													
44-Data Validade da Carteira 11/11/11													
45-Data Validade da Carteira 11/11/11													
46-Data Validade da Carteira 11/11/11													
47-Data Validade da Carteira 11/11/11													
48-Data Validade da Carteira 11/11/11													
49-Data Validade da Carteira 11/11/11													
50-Data Validade da Carteira 11/11/11													
51-Data Validade da Carteira 11/11/11													
52-Data Validade da Carteira 11/11/11													
53-Data Validade da Carteira 11/11/11													
54-Data Validade da Carteira 11/11/11													
55-Data Validade da Carteira 11/11/11													
56-Data Validade da Carteira 11/11/11													
57-Data Validade da Carteira 11/11/11													
58-Data Validade da Carteira 11/11/11													
59-Data Validade da Carteira 11/11/11													
60-Data Validade da Carteira 11/11/11													
61-Data Validade da Carteira 11/11/11													
62-Data Validade da Carteira 11/11/11													
63-Data Validade da Carteira 11/11/11													
64-Data Validade da Carteira 11/11/11													
65-Data Validade da Carteira 11/11/11													
66-Data Validade da Carteira 11/11/11													
67-Data Validade da Carteira 11/11/11													
68-Data Validade da Carteira 11/11/11													
69-Data Validade da Carteira 11/11/11													
70-Data Validade da Carteira 11/11/11													
71-Data Validade da Carteira 11/11/11													
72-Data Validade da Carteira 11/11/11													
73-Data Validade da Carteira 11/11/11													
74-Data Validade da Carteira 11/11/11													
75-Data Validade da Carteira 11/11/11													
76-Data Validade da Carteira 11/11/11													
77-Data Validade da Carteira 11/11/11													
78-Data Validade da Carteira 11/11/11													
79-Data Validade da Carteira 11/11/11													
80-Data Validade da Carteira 11/11/11													
81-Data Validade da Carteira 11/11/11													
82-Data Validade da Carteira 11/11/11													
83-Data Validade da Carteira 11/11/11													
84-Data Validade da Carteira 11/11/11													
85-Data Validade da Carteira 11/11/11													
86-Data Validade da Carteira 11/11/11													
87-Data Validade da Carteira 11/11/11													
88-Data Validade da Carteira 11/11/11													
89-Data Validade da Carteira 11/11/11													
90-Data Validade da Carteira 11/11/11													
91-Data Validade da Carteira 11/11/11													
92-Data Validade da Carteira 11/11/11													
93-Data Validade da Carteira 11/11/11													
94-Data Validade da Carteira 11/11/11													
95-Data Validade da Carteira 11/11/11													
96-Data Validade da Carteira 11/11/11													
97-Data Validade da Carteira 11/11/11													
98-Data Validade da Carteira 11/11/11													
99-Data Validade da Carteira 11/11/11													
100-Data Validade da Carteira 11/11/11													

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI

18-Número no CRO
125115

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
40573470898

22-Nome do Contratado Executante
CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI

23-Número no CRO
125115

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI

27-Número no CRO
125115

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-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	0018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	1	61,00	0,00	0,00	05/11/11	20	Barbara
2	0018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	1	61,00	0,00	0,00	05/11/11	20	Barbara
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento
05/11/11

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
122,00

47-Valor Total R\$
26.950,78

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/11

53-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

54-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

55-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

56-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

57-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

58-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

59-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

60-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

61-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

62-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

63-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

64-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

65-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

66-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

67-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

68-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

69-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

70-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

71-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

72-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

73-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

74-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

75-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

76-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

77-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

78-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

79-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

80-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

81-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

82-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

83-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

84-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

85-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

86-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

87-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

88-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

89-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

90-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

91-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

92-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

93-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

94-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

95-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

96-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

97-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

98-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

99-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

100-Data, local e Assinatura do Encargado
05/11/11

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.

AV. JOÃO MARTINS, 1979
SANTA ANTONIA - CEP. 1512-310
MARILIA - SP.



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/8/11 4-Data de Autorização 23/11/11 5-Senha 8064479 6-Endereço da Guia Principal 7-Data de Validade da Senha 16/10/21 8-Identificação do Beneficiário 9-Número da Carteira 0102025320981000010101 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANDRESSA GONCALVES DE SOUZA 14-Telefone 05/09/1985 15-Nome do titular do plano ANDRESSA GONCALVES DE SOUZA 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI 18-Número no CRO 125115 19-UF SP 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898 22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI 23-Número no CRO 125115 24-UF SP 25-Código CNES (1) 85100218 26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI 27-Número no CRO 125115 28-UF SP 29-Código CBO 3 (1) 85100218 30-Planilha de Tratamento / Procedimentos Solicitados 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 1-01085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASD 1 36,00 0,00 S 23/11/20 2-01085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 1 36,00 0,00 S 23/11/20 3-01085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HAID 1 36,00 0,00 S 23/11/20 4-01085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HAIE 1 36,00 0,00 S 23/11/20 5-010851100196 RESTAURAÇÃO RESINA 45 0 61,00 0,00 S 23/11/20 6-010851100196 RESTAURAÇÃO RESINA 44 0 61,00 0,00 S 23/11/20 7-010851100218 RESTAURAÇÃO RESINA 41 LVM 1 122,00 0,00 S 23/11/20 8-010851100218 RESTAURAÇÃO RESINA 13 MVP 1 22,00 0,00 S 23/11/20 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 13-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/20 14-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 510100 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00 49-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 e a pagar 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 beneficiário contratado, que eu autorizo a emitir, a favor de referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. 50-Observação 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20 54-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 55-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 56-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 57-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 58-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 59-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 60-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 61-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 62-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 63-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 64-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 65-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 66-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 67-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 68-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 69-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 70-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 71-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 72-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 73-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 74-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 75-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 76-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 77-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 78-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 79-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 80-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 81-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 82-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 83-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 84-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 85-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 86-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 87-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 88-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 89-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 90-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 91-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 92-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 93-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 94-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 95-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 96-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 97-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 98-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 99-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20 100-Data, local e Assinatura do Responsável 23/11/20

[illegible]



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090980	7-Data Validade da Senha 23/10/2012	8-Intercâmbio 427980
9-Número da Carteira 0020253309080000101		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/11/11	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome KEROLYN CHRISTINE ALTAVIS DE JESUS			15-Data 28/08/1992	16-Telefone (11) 1111-1111		
17-Nome do titular do plano KEROLYN CHRISTINE ALTAVIS DE JESUS						
18-Atendimento e RN N	19-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		20-Número no CRO 103071	21-UF SP	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	23-Enviar - RX (F) 85200158-47
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 395141593844	25-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR		26-Número no CRO 103071	27-UF SP	28-Código CNES	29-Código CBO S (I) 85100200
30-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR						
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Quantidade US	38-Valor
1-0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	47	1	53300	000	01412126
2-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OL	8800	000	09112120
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
39-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Glosa						
42-Assinatura						
43-Data Previsto Término do Tratamento 09/11/2012						
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 621100		47-Valor Total R\$ 10100
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/12 P						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/12 P						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/12 P						
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/12 P						
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/12 P						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

425777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 25/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081652	7-Data Validade da Senha 21/12/2012							
8-Número da Carteira 00202532098100000103						9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LOURDES CARDOSO GONCALVES						14-Telefone 05/08/1962	15-Nome do titular do plano ANDRESSA GONCALVES DE SOUZA					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	24-UF SP	25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		28-UF SP	29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
33-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	HASD		1	36,00				05/12/2012		LOURDES
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				05/12/2012		LOURDES
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				05/12/2012		LOURDES
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				05/12/2012		LOURDES
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/2012		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 144,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 26.950,76		
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 a pagar os custos previstos no 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, o valor deste documento, e o valor referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2012			

MARILIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10	4-Data de Autorização 12/11/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978755	7-Data Validade da Senha 11/11/11	2-4*	400826 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00020253120010000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome BEATRIZ APARECIDA MAIELLO		14-Telefone 18/12/2000		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115		24-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		28-UF SP		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (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
1-000851001916		RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	61,00	0,00
2-000851002118		RESTAURAÇÃO RESINA	21	DMV	1	12,00	0,00
3-000851002118		RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDV	1	12,00	0,00
4-000851002000		RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	8,00	0,00
5-000851002000		RESTAURAÇÃO RESINA	32	VD	1	8,00	0,00
6-000851002000		RESTAURAÇÃO RESINA	34	VM	1	8,00	0,00
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/10		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 569,00	
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10		53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/10		54-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/10	

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, arcar com os custos previstos no 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 esta guia de tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.

AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
B.D. SANTA ANTONIA - CEP. 17512-310
MARILIA - SP.



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012		4-Data de Autorização 22/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7978805		7-Data Válida de Senha 11/01/2013		400839 INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 00202531200100010011011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Válida da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BEATRIZ APARECIDA MAIELLO				14-Teléfono 18/12/2000				15-Nome do titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO							
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				18-Número no CRO 125115				19-UF SP			
20-Código CBO S				21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898				22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				23-Número no CRO 125115			
24-UF SP				25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				27-Número no CRO 125115			
28-UF SP				29-Código CBO S				30-Data de Realização 22/11/2012				31-Motivo da Glosa / Assinatura Beatriz			
32-Data de Realização 22/11/2012				33-Data de Realização 22/11/2012				34-Data de Realização 22/11/2012				35-Data de Realização 22/11/2012			
36-Data de Realização 22/11/2012				37-Data de Realização 22/11/2012				38-Data de Realização 22/11/2012				39-Data de Realização 22/11/2012			
40-Data de Realização 22/11/2012				41-Data de Realização 22/11/2012				42-Data de Realização 22/11/2012				43-Data de Realização 22/11/2012			
44-Data de Realização 22/11/2012				45-Data de Realização 22/11/2012				46-Data de Realização 22/11/2012				47-Data de Realização 22/11/2012			
48-Data de Realização 22/11/2012				49-Data de Realização 22/11/2012				50-Data de Realização 22/11/2012				51-Data de Realização 22/11/2012			
52-Data de Realização 22/11/2012				53-Data de Realização 22/11/2012				54-Data de Realização 22/11/2012				55-Data de Realização 22/11/2012			
56-Data de Realização 22/11/2012				57-Data de Realização 22/11/2012				58-Data de Realização 22/11/2012				59-Data de Realização 22/11/2012			
60-Data de Realização 22/11/2012				61-Data de Realização 22/11/2012				62-Data de Realização 22/11/2012				63-Data de Realização 22/11/2012			
64-Data de Realização 22/11/2012				65-Data de Realização 22/11/2012				66-Data de Realização 22/11/2012				67-Data de Realização 22/11/2012			
68-Data de Realização 22/11/2012				69-Data de Realização 22/11/2012				70-Data de Realização 22/11/2012				71-Data de Realização 22/11/2012			
72-Data de Realização 22/11/2012				73-Data de Realização 22/11/2012				74-Data de Realização 22/11/2012				75-Data de Realização 22/11/2012			
76-Data de Realização 22/11/2012				77-Data de Realização 22/11/2012				78-Data de Realização 22/11/2012				79-Data de Realização 22/11/2012			
80-Data de Realização 22/11/2012				81-Data de Realização 22/11/2012				82-Data de Realização 22/11/2012				83-Data de Realização 22/11/2012			
84-Data de Realização 22/11/2012				85-Data de Realização 22/11/2012				86-Data de Realização 22/11/2012				87-Data de Realização 22/11/2012			
88-Data de Realização 22/11/2012				89-Data de Realização 22/11/2012				90-Data de Realização 22/11/2012				91-Data de Realização 22/11/2012			
92-Data de Realização 22/11/2012				93-Data de Realização 22/11/2012				94-Data de Realização 22/11/2012				95-Data de Realização 22/11/2012			
96-Data de Realização 22/11/2012				97-Data de Realização 22/11/2012				98-Data de Realização 22/11/2012				99-Data de Realização 22/11/2012			
100-Data de Realização 22/11/2012				101-Data de Realização 22/11/2012				102-Data de Realização 22/11/2012				103-Data de Realização 22/11/2012			
104-Data de Realização 22/11/2012				105-Data de Realização 22/11/2012				106-Data de Realização 22/11/2012				107-Data de Realização 22/11/2012			
108-Data de Realização 22/11/2012				109-Data de Realização 22/11/2012				110-Data de Realização 22/11/2012				111-Data de Realização 22/11/2012			
112-Data de Realização 22/11/2012				113-Data de Realização 22/11/2012				114-Data de Realização 22/11/2012				115-Data de Realização 22/11/2012			
116-Data de Realização 22/11/2012				117-Data de Realização 22/11/2012				118-Data de Realização 22/11/2012				119-Data de Realização 22/11/2012			
120-Data de Realização 22/11/2012				121-Data de Realização 22/11/2012				122-Data de Realização 22/11/2012				123-Data de Realização 22/11/2012			
124-Data de Realização 22/11/2012				125-Data de Realização 22/11/2012				126-Data de Realização 22/11/2012				127-Data de Realização 22/11/2012			
128-Data de Realização 22/11/2012				129-Data de Realização 22/11/2012				130-Data de Realização 22/11/2012				131-Data de Realização 22/11/2012			
132-Data de Realização 22/11/2012				133-Data de Realização 22/11/2012				134-Data de Realização 22/11/2012				135-Data de Realização 22/11/2012			
136-Data de Realização 22/11/2012				137-Data de Realização 22/11/2012				138-Data de Realização 22/11/2012				139-Data de Realização 22/11/2012			
140-Data de Realização 22/11/2012				141-Data de Realização 22/11/2012				142-Data de Realização 22/11/2012				143-Data de Realização 22/11/2012			
144-Data de Realização 22/11/2012				145-Data de Realização 22/11/2012				146-Data de Realização 22/11/2012				147-Data de Realização 22/11/2012			
148-Data de Realização 22/11/20															



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7947901	7-Data Validade da Senha 07/10/12	8-Data Validade da Senha 07/10/12
9-Número da Carteira 0020253120010000000101		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/12		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 393288 INTERCÂMBIO
13-Nome BEATRIZ APARECIDA MAIELLO		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO		16-Data de Nascimento 18/12/2000
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N		18-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		19-Número no CRO 125115		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115		24-Código CNEB 25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		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
1	000820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	73,00
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento 31/12/12		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Total de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00
47-Valor Total R\$ 26.950,76		48-Valor Total R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2012
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2012		53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 30/11/2012		54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/11/2012
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA. AV. JOÃO MARTINS COELHO, 799 JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARILIA - SP.						