

CRO: 76040/SP

Cirurgião Dentista: (14923) - DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

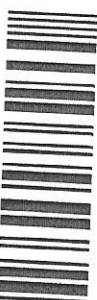
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
367432 - I	ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA (00202510550601681301)		31/08/2020	1062	0.3	R\$ 318,60
385922 - I	ARYEL DE TOLEDO (00202530763200000102)		29/09/2020	61	0.3	R\$ 18,30
394815 - I	MARIO CELSO RONCONI (00202510550601467801)		13/10/2020	832	0.3	R\$ 249,60
406434 - I	JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES (00202510550600947701)		27/10/2020	144	0.3	R\$ 43,20
406614 - I	JHONNY FELIX SOARES DA SILVA (00202532106300000102)		27/10/2020	195	0.3	R\$ 58,50
410548 - I	MISLENE SILVESTRE PINTO (00202533221900000101)		03/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
410566 - I	GREGORIO AUGUSTO SILVESTRE PINTO DA SILVA (00202533221900000102)		03/11/2020	140	0.3	R\$ 42,00
410577 - I	BRUNO LUIS CARDOSO (00202510550600878201)		03/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
411129 - I	JOSE CARLOS PEREIRA IBIDE (00202510550601436101)		04/11/2020	61	0.3	R\$ 18,30
414455 - I	MARCOS LOPES DE OLIVEIRA (00202533272600000103)		09/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
414464 - I	DJENIFER LOPES DE OLIVEIRA (00202533272600000104)		09/11/2020	72	0.3	R\$ 21,60
414472 - I	LUCIMARA LOPES DE OLIVEIRA (00202533272600000101)		09/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
423217 - I	MISLENE SILVESTRE PINTO (00202533221900000101)		19/11/2020	122	0.3	R\$ 36,60
423219 - I	GREGORIO AUGUSTO SILVESTRE PINTO DA SILVA (00202533221900000102)		19/11/2020	61	0.3	R\$ 18,30
423225 - I	JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES (00202510550600947701)		19/11/2020	88	0.3	R\$ 26,40
423411 - I	JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES (00202510550600947701)		19/11/2020	61	0.3	R\$ 18,30
423813 - I	JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES (00202510550600947701)		20/11/2020	183	0.3	R\$ 54,90
424078 - I	DAIANE DA SILVA DE TOLEDO (00202530763200000101)		20/11/2020	453	0.3	R\$ 135,90
Totalizador						
				Nº de USOs:	4111	
				Nº de atendimentos:	18	
				Valor:	R\$ 1.233,30	

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App
Data e Hora de Emissão: 01/12/2020 15:29

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



394815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/13/11/01/12/01

4-Data de Autorização
12/10/11/01/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7953919

7-Data Validade da Senha
11/11/01/11/12/11

394815

8-Número da Carteira
10101210121511015101610146781011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
MARIO CELSO RONCONI

14-Telefone
(11) 21 3614217249

15-Nome do titular do plano
MARIO CELSO RONCONI

16-Atendimento a RN
11/10/1955

17-Nome do Profissional Solicitante
DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

18-Número no CRO
76040

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE
121587461348135111

22-Nome do Contratado Executante
DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

23-Número no CRO
76040

24-UF
SP

25-Código CNES
Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

27-Número no CRO
76040

28-UF
SP

29-Código CBO S
(1F) 85400149.47

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data do Realizado

41-Motivo da Glosa 4.2: Assinatura

42-Valor Total R\$

43-Valor Total R\$

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Tratamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista

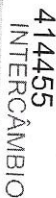
Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista

Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista

Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista

Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista

Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista

2-N^o

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

21-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

On 11/28/2010

David Nasser

Chrysomelids

2-N₂

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista: _____

26/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/11/2002

o plano, local e caminho da Empresa

564825

OF THE CLERICAL SERVICE OF AMERICA

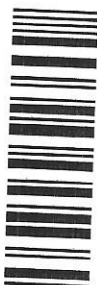
1850/1851

Chargi - Denied

08057 76.04m

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



414464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/11/11 12:01		4-Data de Autorização 16/11/11 12:01		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8033812		7-Data Validade da Semeta 10/11/10 12:11	
8-Número da Carteira 000202533272600000104		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 DUENIFER LOPES DE OLIVEIRA											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano LUCIMARA LOPES DE OLIVEIRA											
16-Atendimento a RN N											
17-Aluno do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER											
18-Número no CRO 76040											
19-UF SP											
20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125874634835											
22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER											
23-Número no CRO 76040											
24-UF SP											
25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER											
27-Número no CRO 76040											
28-UF SP											
29-Código CBO S											
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-008400090											
32-Descrição APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR											
33-Dente/Região 1											
34-Face 1											
35-Qtd 1											
36-Quantidade US 72,00											
37-Valor 10,00											
38-Franquia/Co-participação R\$ 5156,12											
39-Aut 40-Data de Realização 16/11/11											
41-Motivo da Guia 42-Assinatura [Assinatura]											
43-Data Previsto Término do Tratamento 16/11/11											
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Valor Total US 72,00											
47-Valor Total R\$ 10,00											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 5156,12											

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/11/11 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/11/11 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/11/11 [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/11/11 [Assinatura]

Dr. David Nasser
Cirurgião-Dentista



1-Registro ANS 406614 3-Dia de Emissão da Guia 12/7/11 4-Dia de Autorização 10/3/11 5-Sentiu AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8002708 7-Dia Validade da Sentiu 12/5/10 8-Intercâmbio 406614

8-Número da Carteira 100020205 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JHONNY FELIX SOARES DA SILVA 14-Telefone (11) 91150138119 15-Nome do titular do plano ADRIANO FELIX DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 20/08/2003 16-Atendimento a RN DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100226

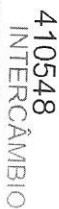
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 125874634835 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cx	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Monto da Guia	42- Assinatura
1	010	8200875	EXODONTIA SIMPLES DE	16	1	1731010	01010	1103111211211	1103111211211	1103111211211	1103111211211	1103111211211
2	010	8510026	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MODP 1	11221010	01010	1103111211211	1103111211211	1103111211211	1103111211211	1103111211211
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 12/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Convencional 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11951010 47-Valor Total R\$ 1103111211211 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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/11/11 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/11/11 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 53-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 54-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 55-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 56-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 57-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 58-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 59-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 60-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 61-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 62-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 63-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 64-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 65-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 66-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 67-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 68-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 69-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 70-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 71-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 72-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 73-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 74-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 75-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 76-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 77-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 78-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 79-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 80-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 81-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 82-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 83-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 84-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 85-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 86-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 87-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 88-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 89-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 90-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 91-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 92-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 93-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 94-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 95-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 96-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 97-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 98-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 99-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11 100-Dia, local e Contato da Empresa 12/11/11



1.2.3. Observations

Declaro, que as despesas devidamente esclarecidas sobre os prazos, 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 (a) 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.

1.2.3. Observação

50 Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa

04/22/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53 Data local e Carimbo da Empresa
04/11/18

Don. Denise Gaudet

4-20-68

2-N



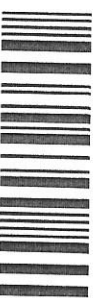
Dados do Beneficiário

13. Name _____

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21. Código na Ordem26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados2 Data: Descrição Técnica do Testamento

occur. One can't tell simply by



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 4-Data de Autorização 10/4/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8018715 7-Data Validade da Soma 10/1/10 410577 INTERCÂMBIO

410577
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102021510510600878201 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 BRUNO LUIS CARDOSO 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano BRUNO LUIS CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125874634835 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Nome da Gêsa	42-Atividade
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	01/11/2011			
2-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	01/11/2011			
3-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	01/11/2011			
4-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	01/11/2011			
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

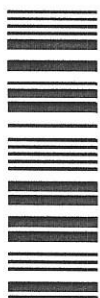
43-Data/Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 obrigações 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, de forma provisória, o valor referente 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 51-Data/Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data/Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data/Local e Assinatura da Empresa 54-Data/Local e Assinatura da Empresa

David Nassar
Cirurgião - Dentista
CRO SP 76.040



1-Registro / ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 13/11/2018 4-Data de Autorização 10/11/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7837074 7-Data Validade da Senha 12/9/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021510506016813011 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 ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do titular do plano ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12518174634835111 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES 16185400262-22

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
2-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
3-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
4-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
5-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
6-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
7-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
8-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
9-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
10-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
11-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
12-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
13-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
14-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
15-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
16-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
17-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
18-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
19-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
20-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
21-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
22-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
23-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
24-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
25-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
26-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
27-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
28-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
29-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
30-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
31-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
32-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
33-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
34-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
35-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
36-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
37-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
38-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
39-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
40-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
41-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
42-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
43-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
44-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
45-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
46-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
47-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
48-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
49-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
50-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
51-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
52-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
53-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
54-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
55-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
56-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
57-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
58-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
59-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
60-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
61-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
62-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
63-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
64-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
65-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
66-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
67-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
68-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
69-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
70-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
71-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
72-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
73-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
74-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
75-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
76-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
77-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
78-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
79-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
80-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
81-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
82-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
83-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
84-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
85-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
86-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
87-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
88-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
89-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
90-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
91-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
92-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
93-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
94-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
95-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
96-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
97-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
98-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
99-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			
100-0	0	8	5	4	0	0	1	1	4			

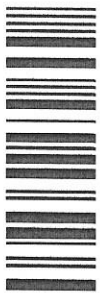
43-Data Finalizado Término do Tratamento 16/12/2018 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/ Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 110621010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, conforme o plano a qual me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/2018 53-Data, local e Cartão da Empresa 16/12/2018

54-Data, local e Assinatura do Responsável 16/12/2018



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 4-Data de Autorização 12/7/11 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8001993 7-Data Validade da Serha 12/5/10 8-Data Validade da Serha 11/2/11

406434
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025110550609477011 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 JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES 14-Telefone (11) 218110115830 15-Nome do titular do plano JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	13 - Denome/Região	34 - Face	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Motivo da Guia	42 - Assinatura
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

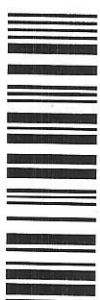
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/2012 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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-Descrição

50-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 27/11/2012 51-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/2012 52-Local e Assinatura do Beneficiário 27/11/2012 53-Local e Assinatura da Empresa 27/11/2012

Dr. Denise Rangel do Amaral
David Nassar
Chunguê - Dentista
PONTA GROSSA

2-N^o

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8070676	7-Data Válido da Semeta 17/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira	000202510550600947701
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão	

13-Nome	JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES
14-Telefone	19/04/1954 (11 21) 8 1 0 1 1 15 8 3 0
15-Nome do titular do plano	JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	76040	SP	025 - Estatuar Empracas

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF	12 5 8 7 4 6 3 4 8 3 5
22- Nome do Contratado Exatante	DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER
23- Número no CNIO	76040
24- UF	SP
25- Código CNES	Enviar - RX 11.851.00220

26-Nome do Profissional Excluído	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	76040	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/20	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 [][][][]8[][][]0[][]
47-Valor Total R\$ [][][][]0[][][]0[][]	48-Total Franquia / Co-participação R\$ [][][][]0[][][]0[][]

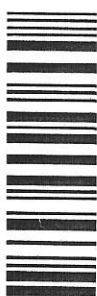
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e não cobertos pelo plano de saúde. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	
52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário	Responsável
53 - Data, local e Assinatura da Empresa	

[illegible]

Christina - 020944588



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 4-Data de Autorização 12/01/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8075830 7-Dia Validade da Semeta 11/01/12

423813
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510550609477701 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 11/01/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES 19/04/1954 14-Telefone (11) 21810115830 15-Nome do Titular do plano JOSE HENRIQUE SOARES DOMINGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125874634835 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 1 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6 1 1 0 0	0,00			12/01/11		
2- 0 0	8 5 1 0 1 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	6 1 1 0 0	0,00			12/01/11		
3- 0 0	8 5 1 0 1 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	6 1 1 0 0	0,00			12/01/11		
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												

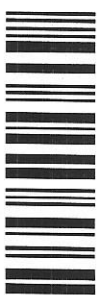
43- Data Previsto Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 1 8 3 1 0 0 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

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

Cirurgião - Dentista
CROSP 76.040

2-N^e423219
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:01 11 November 2014

Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2015

100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0



423217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/9/11 4-Data de Autorização 12/10/11 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8070635 7-Data Validade da Seria 11/7/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202153322119100000101011 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 MILENE SILVESTRE PINTO 14-Telefone 18/06/1984 15-Nome do titular do plano MILENE SILVESTRE PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1215874634835111 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ciód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010	181511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	161100	0,10	0,10	0,10	11/12/10		
2-1010	181511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	161100	0,10	0,10	0,10	11/12/10		
3-1010												
4-1010												
5-1010												
6-1010												
7-1010												
8-1010												
9-1010												
10-1010												
11-1010												
12-1010												
13-1010												
14-1010												
15-1010												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Exame Radiológico	46-Tipo de Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento	48-Tipo de Quantidade US	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
11/12/10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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 e em contrário. 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 11/12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/10

Dr. Denise Rangel do Amaral
Cirurgião - Dentista
CRO-SP 76.040