



Falta Fotos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AF



309417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/2020	4-Data de Autorização 04/05/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535821	7-Data Validade da Senha 28/07/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601410202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE ROGERIO ANGELINI					
14-Telefone (11) 256916188					
15-Nome do titular do plano LIDIA DE CASSIA ANGELINI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES	18-Número no CRO 85431	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 25847407882		22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES	23-Número no CRO 85431	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO 85431	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
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização 04/05/2020					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura João					
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/05/2020					
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 183,00					
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), 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 FOTOS ENVIADAS VIA APLICATIVO (2,35)					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/2020 Dr. Angela Libert Alves CROSP 85431					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/2020 Jose Rogério					
52-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

305664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/2020	4-Data de Autorização 13/04/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7505813	7-Data Validade da Senha 07/07/2021																		
8-Número da Carteira 0020251050601410201																							
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /																			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																							
13-Nome LIDIA DE CASSIA ANGELINI																							
14-Telefone 11/12/1970 (11) 2569-6188																							
15-Nome do titular do plano LIDIA DE CASSIA ANGELINI																							
16-Atendimento a RN N																							
17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES																							
18-Número no CRO 85431																							
19-UF SP																							
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa																							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407882																							
22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES																							
23-Número no CRO 85431																							
24-UF SP																							
25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-RPSE																							
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES																							
27-Número no CRO 85431																							
28-UF SP																							
29-Código CBO S																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura											
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RCSE	1	14100	000	000			14 ABR 2020		X											
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RPSE	1	14100	000	000			14 ABR 2020		X											
3-0082000875		EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	73100	000	000			14 ABR 2020		X											
4-0082000875		EXODONTIA SIMPLES DE	24	1	73100	000	000			14 ABR 2020		X											
5-1																							
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Prevista para o Tratamento 14 ABR 2020						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 17400		47-Valor Total R\$ 000		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) e/ou o(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 RX enviado pelo aplicativo																							
50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 14 ABR 2020						51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 14 ABR 2020						52-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 14 ABR 2020						53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Concluída



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

305663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2020	4-Data de Autorização 13/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7505807	7-Data Validade da Senha 07/10/2020
8-Número da Carteira 0020202510550601410203		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome DANIELLE APARECIDA ANGELINI		14-Telefone 29/12/2006 (11) 256916188	15-Nome do titular do plano LIDIA DE CASSIA ANGELINI		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES		18-Número no CRO 85431	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407882		22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento ANGELA LIBERT ALVES		23-Número no CRO 85431	
25-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO 85431		29-Código CBO S	
30-Tabula					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
5- / / / / / / / / / /					
6- / / / / / / / / / /					
7- / / / / / / / / / /					
8- / / / / / / / / / /					
9- / / / / / / / / / /					
10- / / / / / / / / / /					
11- / / / / / / / / / /					
12- / / / / / / / / / /					
13- / / / / / / / / / /					
14- / / / / / / / / / /					
15- / / / / / / / / / /					
43-Data Previsto Término do Tratamento 14 ABR 2020					
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 R\$ 63,00					
47-Valor Total R\$ / /					
48-Valor Total R\$ / /					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 14 ABR 2020					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 14 ABR 2020					
52-Data, local e Assinatura do Profissional Executante / Responsável 14 ABR 2020					
53-Data, local e Cessão da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



306555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/20	4-Data de Autorização 15/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7513116	7-Data Validade da Senha 15/04/20
8-Número da Carteira 0020202510550601685103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL SERAFIM DOS ANJOS		14-Telefone 03/04/2003	15-Nome do titular do plano GENI SERAFIM		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES		18-Número no CRO 85431	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 258474071882		22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES		23-Número no CRO 85431	
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO 85431		28-UF SP	
29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		30-Código CNES		31-Código CBO S	
32-Descrição					
33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1-00184000198	HASD	1	35,00	0,00	15/04/2020
2-00184000198	HASE	1	35,00	0,00	15/04/2020
3-00184000198	HAIE	1	35,00	0,00	15/04/2020
4-00184000198	HAID	1	35,00	0,00	15/04/2020
39-Data de Realização					
40-Motivo da Glosa					
41-Assinatura					
42-Assinatura					
43-Data de Projeção do Tratamento 15/04/2020					
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 140,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Cartão da Empresa 15/04/2020					
51-Data, local e Cartão do Profissional 15/04/2020					
52-Data, local e Cartão do Responsável 15/04/2020					
53-Data, local e Cartão da Empresa					

Concluída



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



275949

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/01/2020	4-Data de Autorização 15/04/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7342431	7-Data Validação da Senha 22/04/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202510550601685102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JESSICA DOS ANJOS SERAFIM					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano GENI SERAFIM					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES					
18-Número no CRO 85431					
19-UF SP					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407882					
22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES					
23-Número no CRO 85431					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES					
27-Número no CRO 85431					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabella 1-00181000065	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
2-1					36-Quantidade US 34,00
3-1					37-Valor 0,00
4-1					38-Franquia/Co-participação R\$
5-1					39-Aut
6-1					40-Data de Realização 16 ABR 2020
7-1					41-Motivo da Glosa
8-1					42-Assinatura X
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data de Realização 16 ABR 2020					
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 34,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Contratado / Beneficiário / Responsável 16 ABR 2020, Dr. Angela Libert Alves, Cirurgião Dentista, CROSP 85431					
51-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 16 ABR 2020, Dr. Angela Libert Alves, Cirurgião Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 16 ABR 2020, X					
53-Data, local e Carimbo da Empresa Conclusão					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



305964
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/03/2020	3-Data de Autorização 11/03/2020	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7508574	6-Data Validade da Guia 11/03/2020
8-Número da Carteira 0020202510550601174101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Validade da Carteira 11/03/2020		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome SARA CRISTINA DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano SARA CRISTINA DA SILVA	
16-Subscritor e R.N. N		17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES		18-Número no CRO 85431	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407682		22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES		23-Número no CRO 85431	
24-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		25-Número no CRO 85431		26-UF SP	
27-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Tabola		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
1-001810101015		CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região	
2-1		34-Face		35-Qtd	
3-1		36-Quantidade US		37-Valor	
4-1		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	
5-1		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
6-1		42-Assinatura		43-Data Provisória	
7-1		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
8-1		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
9-1		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação	
10-1		50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
11-1		52-Data, local e Assinatura do Contratado Executante		53-Data, local e Assinatura da Empresa	

Concluído



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

20P



305637
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/2014	4-Data de Autorização 16/04/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7505624	7-Data Validade da Senha 01/07/2014
8-Número da Carteira 00202510550601843302			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome FERNANDO DE JESUS LEAO			14-Telefone () 2561-6980	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 24/04/1984			16-Nome do titular do plano SOLANGE DOS SANTOS LEAL LEAO		
18-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES		19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407882		22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES		23-Número no CRO 85431	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO 85431		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16 ABR 2020		FERNANDO
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Total 16 ABR 2020	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 16 ABR 2020 Angela Libert Alves	51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 16 ABR 2020 Angela Libert Alves	52-Data, local e Assinatura do Responsável 16 ABR 2020 FERNANDO DE JESUS	53-Data, local e Carimbo da Empresa Concluído
---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

257977
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2019	4-Data de Autorização 08/01/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7253482	7-Data Validade da Senha 04/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600460402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADILSON APARECIDO DE ALMEIDA					
14-Telefone () 4675-5476					
15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA BANTIM DE LIMA ALMEIDA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES	18-Número no CRO 85431	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407882	22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES	23-Número no CRO 85431	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES					
27-Número no CRO 85431					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DOV	1
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Aliamento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Valor 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), foram realizados 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					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					