


460920
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/12	4-Data de Autorização 25/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8228106	7-Data Validade da Senha 24/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534911300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BERNADETE LUZ TOLEDO DA SILVA			14-Telefone 31/03/1964	15-Nome do titular do plano BERNADETE LUZ TOLEDO DA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES		18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 45754078870		22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/12		Bernadete Luz Toledo da Silva
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/12		Bernadete Luz Toledo da Silva
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/12		Bernadete Luz Toledo da Silva
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/12		Bernadete Luz Toledo da Silva
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/12		Bernadete Luz Toledo da Silva
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/12 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/12 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/12 Bernadete Luz Toledo da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



498685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/03/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8384990	7-Data Validade da Senha 12/06/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535620100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			17/03/21		x I. Oliveira
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			17/03/21		x I. Oliveira
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			31/03/21		x I. Oliveira
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			31/03/21		x I. Oliveira
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/21	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 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/21 x I. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



498674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/03/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8384974	7-Data Validade da Senha 12/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535620100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ITAMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA		14-Telefone 30/01/1956 () -	15-Nome do titular do plano ITAMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/03/21		X
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			17/03/21		X
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			17/03/21		X
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			17/03/21		X
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			17/03/21		X
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	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 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/21 X Itamelita Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



498675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/03/21	4-Data de Autorização / / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8384977	7-Data Validade da Senha 12/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535620100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA		14-Telefone 30/01/1956 () -	15-Nome do titular do plano ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPU / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			17/03/21		X. Tolentino
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00			17/03/21		X. Tolentino
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			17/03/21		X. Tolentino
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			17/03/21		X. Tolentino
5-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00			17/03/21		X. Tolentino
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			17/03/21		X. Tolentino
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 17/03/21 X. Tolentino	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------


455299
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8202462	7-Data Validade de Senha 16/04/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202534758700000101									
13-Nome JULIANA MARTINS FERREIRA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JULIANA MARTINS FERREIRA			
				21/05/1992					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES		18-Número no CRO 137861		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870		22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861		24-UF SP		25-Código CNEB		Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES				27-Número no CRO 137861		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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODV	1	122,00	0,00			29/01/21		X
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			20/01/21		X
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			02/03/21		X
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			29/01/21		X
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			09/03/21		X
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			09/03/21		X
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00			09/03/21		X
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			02/03/21		X
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00			02/03/21		X
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			20/01/21		X
11	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			02/03/21		X
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/03/21	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 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/21 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



466177
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [3][1]/[0][1]/[2][1]	4-Data de Autorização []/[]/[]	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8252181	7-Data Validade da Senha [0][1]/[0][5]/[2][1]
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][3][4][7][5][8][7][0][0][0][0][1][0][1]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA MARTINS FERREIRA		14-Telefone []/[]-[]-[]-[]-[]-[]	15-Nome do titular do plano JULIANA MARTINS FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [4][5][7][5][4][0][7][8][8][7][0]	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S	

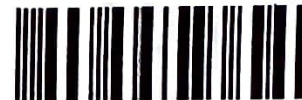
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	[6][1][0][0]	[0][0][0][0]	[0][2][0][3]	[2][1]			x
2-	[0][0][8][1][0][0][0][4][2][1]	RX PERIAPICAL	RPID		1	[1][4][0][0]	[0][0][0][0]	[0][2][0][3]	[2][1]			x
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação
Realizado exame RX inicial RPID p/ diagnóstico de possível lesão periapical (dent à pericoma inicial)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [0][2]/[0][3]/[2][1] Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [0][2]/[0][3]/[2][1] Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [0][2]/[0][3]/[2][1] x	53-Data, local e Carimbo da Empresa []/[]/[]
--	--	---	--



446842
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8170129	7-Data Validade da Senha 04/04/21
---------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534361100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUIZ LIMA SILVA ANTÃO	14-Telefone 04/12/1989	15-Nome do titular do plano CLAUDIONETE DA COSTA ANTÃO LIMA
----------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO 8 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO 8	

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 Glom	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/03/21		*luiz
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/03/21		*luiz
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/03/21		*luiz
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/03/21		*luiz
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			29/03/21		*luiz
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Luiz Lima Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



446839
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8170127	7-Data Validade da Senha 04/04/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202534361100000101									
13-Nome CLAUDIONETE DA COSTA ANTÃO LIMA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDIONETE DA COSTA ANTÃO LIMA			
				23/06/1991					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 137861		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870		22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861		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 Glor	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/03/21		x Claudionete
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/03/21		x Claudionete
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/03/21		x Claudionete
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/03/21		x Claudionete
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			29/03/21		x Claudionete
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 x Claudionete	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



466178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/01/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252185	7-Data Validação da Senha 01/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534588500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA		14-Telefone 04/09/1975 () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16	(I) 81000421- (II) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	10/03/21		x Carlos R S
2-	0082000921	GENGIVECTOMIA	S1		1	144,00	0,00		S	08/02/21		x Carlos R S
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/01/21		x Carlos R S
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	10/03/21		x Carlos R S
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 705,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Cariologia - restituir (MV) e/ou calcificação, impossibilitando sua instrumentação. Paciente não apresenta dor!

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21 x Carlos R S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



466179
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/01/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8252188	7-Data Validade da Senha 01/05/21
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 00202534588500000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36 (IF) 82000212-36
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00			10/03/21		*Carla R.S.
2-	0082000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	36		1	181,00	0,00			09/03/21		*Carla R.S.
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/21 *Carla R.S.	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
--	--	---	--



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		2		4 8 0 3 1 6	
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado			
6 - Código na Operadora				137861/SP - IZABELLA ANTUNES			
4 5 7 5 4 0 7 8 8 7 0							
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
						12 -	
Dados do Recurso da Guia				16 - Beneficiário			
13 - Número da Guia no Prestador				00202534588500000101 - CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA			
4 5 5 2 9 6							
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status					
4 5 5 2 9 6		AUTORIZADO					
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)					
19 -							
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
24 - Valor Recusado		25 - Justificativa do Prestador		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
30 - Valor Aceitado		31 - Justificativa da Operadora					
1 6 0 1 2 0 2 1		R I S		0 1 9 4 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	
4 2 0		O paciente assinou, porém esqueci de realizar Rx Inicial previamente à restauração. Realizei apenas Rx Final na região de incisivos superiores.					
0 0 0							
2							
3							
4							
5							
6							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceitado (R\$)					
4 2 0		0 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
2 4 0 1 2 0 2 1		Izabella Antunes					

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: ABRIL/2021

CRO: 137861/SP

Cirurgião Dentista: (17876) - IZABELLA ANTUNES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
446839 - I - A	CLAUDIONETE DA COSTA ANTAO LIMA (00202534361100000101)		04/01/2021	178	0.3	R\$ 53,40
446842 - I - A	LUIZ LIMA SILVA ANTAO (00202534361100000102)		04/01/2021	178	0.3	R\$ 53,40
455299 - I - A	JULIANA MARTINS FERREIRA (00202534758700000101)		16/01/2021	571	0.3	R\$ 171,30
460920 - I - A	BERNADETE LUZ TOLEDO DA SILVA (00202534911300000101)		24/01/2021	178	0.3	R\$ 53,40
466177 - I - A	JULIANA MARTINS FERREIRA (00202534758700000101)		31/01/2021	75	0.3	R\$ 22,50
466178 - I - A	CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA (00202534588500000101)		31/01/2021	705	0.3	R\$ 211,50
466179 - I - A	CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000104)		31/01/2021	714	0.3	R\$ 214,20
480316 - I	CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA (00202534588500000101)		18/02/2021	14	0.3	R\$ 4,20
498674 - I - A	ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA (00202535620100000101)		14/03/2021	178	0.3	R\$ 53,40
498675 - I - A	ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA (00202535620100000101)		14/03/2021	202	0.3	R\$ 60,60
498685 - I - A	ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA (00202535620100000101)		14/03/2021	56	0.3	R\$ 16,80
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		3049
				Nº de atendimentos:		11
				Valor:		R\$ 914,70
Totalizador						
				Nº de USOs:		3049
				Nº de atendimentos:		11
				Valor:		R\$ 914,70

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: 01/04/2021 22:49

Página 1 de 1