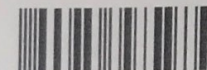




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

322016
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2010	4-Data de Autorização 18/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7621783	7-Data Validade da Senha 06/10/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601083001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELCIO SALATA VENANCIO		14-Telefone 28/12/1955 (11) 4997-5987	15-Nome do titular do plano ELCIO SALATA VENANCIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OVD	1
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	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	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
1	2200	0000		01/09/2010	
2	8800	0000		01/09/2010	
3	6100	0000		01/09/2010	
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 27100					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-VP

357760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 357760	7-Data Validade da Senha 15/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102025105506012992011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/08/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATA DAVID DE SOUZA PINHO		14-Telefone 02/02/1985	15-Nome do titular do plano RENATA DAVID DE SOUZA PINHO		

16-Mandamento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 -
-------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CHES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		0,00	0,00					
3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		0,00	0,00					
4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		0,00	0,00					
5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		0,00	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que sou o(a) 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.

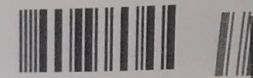
49-Observação

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
---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



348835

INTERCÂM BIOBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/2017	4-Data de Autorização 31/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7750116	7-Data Validade de Senha 12/01/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253069640000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RODRIGO ROJAS MOLINA	14-Telefone 11/09/1987	15-Nome do titular do plano JOSEFA ROJAS ROMAN
---------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Erecutante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNE S	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Erecutante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Ancoragem
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	8800	0000			31/07/2017		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	8800	0000			31/07/2017		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6100	0000			28/08/2017		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MV	1	8800	0000			28/08/2017		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 325100	47-Valor Total R\$ 0000	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, o(s) valor(es) referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

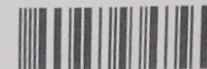
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

361248
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/10/2010	3-Data de Autorização 24/10/2010	4-Sinistro AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7807354	6-Data Validade de Sanha 19/11/2010
Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 0020252807340000101		7-Plano POS REDE PRESTADORA	8-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	9-Data Validade da Carteira / /	10-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Nome THIAGO DE CARVALHO LAUBE		12-Data de Nascimento 27/01/1984		13-Data Validade de Sanha / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento e RN N	15-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA		16-Número no CRO 85854	17-UF SP	18-Código CBO S 06
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809		20-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		21-Número no CRO 85854	22-UF SP
23-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		24-Número no CRO 85854		25-UF SP	26-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Contratado	34-Face	35-Qtd
1-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US	37-Valor
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH	1	42-Assinatura	
5- / /					
6- / /					
7- / /					
8- / /					
9- / /					
10- / /					
11- / /					
12- / /					
13- / /					
14- / /					
15- / /					
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 14400		47-Valor Total R\$ 1000		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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24N

355189
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 12/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780187	7-Data Validade de Senha 09/11/2018							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202530801900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome SELMA PEREIRA AMARAL		14-Telefone 06/12/1974	15-Nome do titular do plano SELMA PEREIRA AMARAL									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/08/2018		2 Selma
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/08/2018		2 Selma
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/08/2018		2 Selma
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/08/2018		2 Selma
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/08/2018		2 Selma
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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 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 / /												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2018												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2018												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



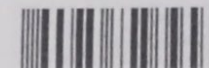
2.40

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641668	7-Data Validade da Sentença 15/10/2012	8-Valor 325970	9-Intercomércio INTERCÁMBIO
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00202529837000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome THAIS DE SOUSA SIMAO		14-Telefone 25/01/2000		15-Data Validade da Carteira / /		16-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
17-Atendimento a R/R N		18-Nome do Profissional Substituto COPAN ODONTOLOGIA		19-Número no CRO 85854		20-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809		22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		23-Número no CRO 85854		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		26-Número no CRO 85854		27-UF SP		28-Código CBO S 06	
29-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado		30-Número no CRO 85854		31-UF SP		32-Código CBO S 06	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado							
33-Data	34-Idade	35-Quantidade US	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo da Glosa
1-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	6100	000	15/10/2012	2020
2-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	6100	000	15/10/2012	2020
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		12200	
47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-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							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante							
15/10/2012 [Assinatura]							
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável							
15/10/2012 [Assinatura]							
52-Data, local e Assinatura da Empresa							
/ /							



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

200

326194
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Entrada da Guia 11/08/2019	3-Data de Autorização 11/08/2019	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7642726	6-Data Validade da Série 11/09/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025298370000000103	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 JULIA VITORIA DE SOUSA SANTOS		14-Telefone 10/10/2010	15-Nome do titular do plano ILZA MARIA DE SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solucionista COPAN ODONTOLOGIA		18-Número na CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809		22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número na CRO 85854	24-UF SP	25-Código CBO S (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número na CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S (1) 85100200	
Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Quantidade US
1-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3400	0100
2-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8800
3-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	8800
4-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
5-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
6-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
7-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
8-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
9-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
10-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
11-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
12-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
13-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
14-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
15-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100
36-Previdência/Contribuição R\$					
37-Valor					
38-Data de Realização					
39-Valor da Guia					
40-Autorização					
41-Valor da Guia					
42-Autorização					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$					
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\$					
56-Valor Total R\$					
57-Valor Total R\$					
58-Valor Total R\$					
59-Valor Total R\$					
60-Valor Total R\$					
61-Valor Total R\$					
62-Valor Total R\$					
63-Valor Total R\$					
64-Valor Total R\$					
65-Valor Total R\$					
66-Valor Total R\$					
67-Valor Total R\$					
68-Valor Total R\$					
69-Valor Total R\$					
70-Valor Total R\$					
71-Valor Total R\$					
72-Valor Total R\$					
73-Valor Total R\$					
74-Valor Total R\$					
75-Valor Total R\$					
76-Valor Total R\$					
77-Valor Total R\$					
78-Valor Total R\$					
79-Valor Total R\$					
80-Valor Total R\$					
81-Valor Total R\$					
82-Valor Total R\$					
83-Valor Total R\$					
84-Valor Total R\$					
85-Valor Total R\$					
86-Valor Total R\$					
87-Valor Total R\$					
88-Valor Total R\$					
89-Valor Total R\$					
90-Valor Total R\$					
91-Valor Total R\$					
92-Valor Total R\$					
93-Valor Total R\$					
94-Valor Total R\$					
95-Valor Total R\$					
96-Valor Total R\$					
97-Valor Total R\$					
98-Valor Total R\$					
99-Valor Total R\$					
100-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 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/08/2019 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/08/2019 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/08/2019 [Assinatura]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"

352372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2018	4-Data de Autorização 06/10/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766772	7-Data Validade da Senha 04/11/2018							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202530319800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARIA EMANUELE LAURINDO DOS SANTOS		14-Telefone 18/06/1994	15-Nome do titular de plano MARIA EMANUELE LAURINDO DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Acordimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidário COPAN ODONTOLOGIA	18-Número na CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executor LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número na CRO 85854	24-UF SP	25-Código CBO S								
26-Nome do Profissional Executor LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número na CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400				06/08/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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\$		
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-odontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		3400		0000				
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 de Cirurgião-Dentista Solidário 06/10/2018			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2018			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2018			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

341050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 04/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7713370	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550601083002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSEMARY EMILIANO DA SILVA VENANCIO		14-Telefone (11) 4997-1598	15-Nome do titular do plano ELCIO SALATA VENANCIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNE/S	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Face	35-Qtd
1-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	24	MV	1
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1
3-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
33-Quantidade US	36-Quantidade US	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 Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 237,00	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 / /					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/2012 Leticia Souza de Campos					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 04/08/2012 Rosemary Venancio					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

348502
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017	4-Data de Autorização 13/11/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749438	7-Data Validade da Senha 12/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202529837000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ILZA MARIA DE SOUSA		14-Telefone 06/03/1974	15-Nome do titular do plano ILZA MARIA DE SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RVI N	17-Nome do Profissional Solidário COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira Região	34-Face	35-Qtd
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36100
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36100
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36100
5-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34100
6-00000000000					
7-00000000000					
8-00000000000					
9-00000000000					
10-00000000000					
11-00000000000					
12-00000000000					
13-00000000000					
14-00000000000					
15-00000000000					
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 17800	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário 11/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2017		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

348503
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/2010	4-Data de Autorização 31/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749423	7-Data Validade da Senha 28/10/2010						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025298370000001014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome MARIVALDO PEREIRA SILVA		14-Telefone 0712/1989	15-Nome do titular do plano ILZA MARIA DE SOUSA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNEB							
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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		S		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00		S		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00		S		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00		S		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00		S		
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
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 178,00		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 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 / /		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

375664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 11/11/19	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 7872375	7-Data Validade da Senha 14/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253080190000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/19	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VICTOR FELIPE ROSA RODRIGUES		14-Telefone 10/06/1993	15-Nome do titular do plano SELMA PEREIRA AMARAL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 298706189809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-001851100200	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	32-Descrição	33-Dentista/Região 15 OD 1	34-Face 1	35-Cid 88800
36-Quantidade US 000	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut 1	40-Data de Realização 16/10/19	41-Motivo da Glosa x Dentes
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/19	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 000	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/19 Victor S RR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/19 Victor S RR	53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

374731
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 21/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868180	7-Data Validade da Senha 13/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601299201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATA DAVID DE SOUZA PINHO		14-Telefone 02/02/1985 () - -	15-Nome do titular do plano RENATA DAVID DE SOUZA PINHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 298706189809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNEB	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ciente/Raigão	34-Face	35-Ord
1	008151002010	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
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 88100	47-Valor Total R\$ 0000	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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2019 [Assinatura]		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / [Assinatura]	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / / [Assinatura]					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



355187

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 12/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780184	7-Data Validade da Senha 09/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529707700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GABRIEL MARTINS CASTRO	14-Telefone 28/11/1998	15-Nome do titular do plano GABRIEL MARTINS CASTRO
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico e RV N	17-Nome do Profissional Substituto COPAN ODONTOLOGIA	18-Número na CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número na CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número na CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16			7300	0,00		S	12/10/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 7300	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, o(s) valor(es) referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar 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 12/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

351297
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2018	4-Data de Autorização 05/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7761792	7-Data Validade da Senha 02/11/2018							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020252807340000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome THIAGO DE CARVALHO LAUBE		14-Telefone 27011984	15-Nome do titular do plano THIAGO DE CARVALHO LAUBE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Afastamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número no CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Excutante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número no CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	008200832	EXODONTIA DE PERMANENTE	18	1	1	73,00	0,00			05/10/2018		
2	008200832	EXODONTIA DE PERMANENTE	28	1	1	73,00	0,00			05/10/2018		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 146,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 Chefe/Dono da Empresa 05/10/2018			51-Data, local e Assinatura do Chefe/Dono da Empresa 05/10/2018			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2018			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



348490
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/2017	4-Data de Autorização 31/07/2017	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749453	7-Data Validade da Serão 28/12/2017																		
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 00202510550601083001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome ELCIO SALATA VENANCIO																							
14-Telefone (11) 49975987																							
15-Nome do titular do plano ELCIO SALATA VENANCIO																							
16-Atendimento a RN N																							
17-Nome do Profissional Substituto COPAN ODONTOLOGIA																							
18-Número no CRO 85854																							
19-UF SP																							
20-Código CBO S 06																							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809																							
22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS																							
23-Número no CRO 85854																							
24-UF SP																							
25-Código CHES																							
26-Nome do Profissional Exequente LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS																							
27-Número no CRO 85854																							
28-UF SP																							
29-Código CBO S																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,00	0,00			31/07/2017													
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Previsto Término do Tratamento / /						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência						45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		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 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-Observações: favor anexar radiografia para pagamento																							
50-Data, local e Assinatura do Chefe-Dentista Solicitante / /						51-Data, local e Assinatura do Chefe de Clínica 31/07/2017						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2017						53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

363923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821242	7-Data Validade da Senha 23/11/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202530801900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome VICTOR FELIPE ROSA RODRIGUES		14-Telefone 10/06/1993 () -	15-Nome do titular do plano SELMA PEREIRA AMARAL									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	18-Número na CRO 85854	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	23-Número na CRO 85854	24-UF SP	25-Código CNEB								
26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS		27-Número na CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente Raiz	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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28	1	1	173,00	0,00	0,00	0,00	26/08/20		Victor 3A
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	26/08/20		Victor 3A
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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 146,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/2020 - Victor 3A			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/2020 - Victor 3A			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



364049

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 06414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821710	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202530801900000101	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome SELMA PEREIRA AMARAL		15-Data de Nascimento 06/12/1974	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano SELMA PEREIRA AMARAL	
18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA	21-Número na CRO 85854	22-UF SP	23-Código CBO S 06	24-025 - Faturar Empresa
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29870689809	26-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS	27-Número na CRO 85854	28-UF SP	29-Código CBO S	
30-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS					
31-Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dentes/Região	36-Face	37-Quantidade US
1-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	21	1	7300	000
2-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22	1	7300	000
3-0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	7300	000
4-0000000000					
5-0000000000					
6-0000000000					
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Prevista 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, confirmo 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura de 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					