

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARÇO/2021

Razão Social: CENTER LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 28308533000154 (CENTER LIFE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 28089/SP

Cirurgião Dentista: (15290) - LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
453196 - I	IVALDO COLLI DUARTE (00202510550601807901)		13/01/2021	122	0.35	R\$ 42,70
462063 - I	RODRIGO ROSA LIMA (00202510550601081203)		26/01/2021	302	0.35	R\$ 105,70
462071 - I	FERNANDO ROSA LIMA (00202510550601081202)		26/01/2021	302	0.35	R\$ 105,70
463052 - I	IRENE DOS SANTOS OLIVEIRA (00202532517700000101)		27/01/2021	210	0.35	R\$ 73,50
468511 - I	MARCIA CRISTINA DA COSTA PATRICIO (00202535392800000102)		03/02/2021	178	0.35	R\$ 62,30
470210 - I	JULIANY CRISTINA DA COSTA PATRICIO (00202535392800000104)		04/02/2021	350	0.35	R\$ 122,50
472591 - I	SELMA APARECIDA PORTES SIQUEIRA (00202510550600532901)		08/02/2021	178	0.35	R\$ 62,30
473320 - I	RAPHAEL HENRIQUE DA COSTA PATRICIO (00202535392800000103)		09/02/2021	217	0.35	R\$ 75,95
473340 - I	MEIRI SIQUEIRA DO PRADO (00202510550601863401)		09/02/2021	178	0.35	R\$ 62,30
473829 - I	SERGIO PAULO DE OLIVEIRA PATRICIO (00202535392800000101)		10/02/2021	178	0.35	R\$ 62,30
476710 - I	SONIA REGINA RODRIGUES SILVA (00202510550600646301)		13/02/2021	62	0.35	R\$ 21,70
476846 - I	RODRIGO ROSA LIMA (00202510550601081203)		15/02/2021	61	0.35	R\$ 21,35
479149 - I	THASSIANE GARCIA RODRIGUES (00202534726400000102)		18/02/2021	178	0.35	R\$ 62,30
480992 - I	CARINA DE FARIA SILVA (00202535738100000101)		19/02/2021	300	0.35	R\$ 105,00

Totalizador	
N° de USOs:	2816
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 985,60

Totalizador da Operadora	
N° de USOs:	2816
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 985,60

Totalizador da Clínica	
N° de USOs:	2816
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 985,60

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

Data e Hora de Emissão: 25/02/2021 08:22

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

480992
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
2 0 / 0 5 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8312711

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 2 / 0 2 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
1 9 / 0 2 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 7 3 8 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARINA DE FARIA SILVA	01/08/1997	14-Telefone () 3 9 5 2 1 4 6 8 1	15-Nome do titular do plano CARINA DE FARIA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 1 3 0 7 5 2 6 6 9 1	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor 42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD		1	3 4 0 0	0,00	0,00		22/02/21	Carina
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00	0,00		22/02/21	Carina
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00	0,00		22/02/21	Carina
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00	0,00		22/02/21	Carina
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	45	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00		22/02/21	Carina
6-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00		22/02/21	Carina
7-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA									
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/02/21	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 3 0 0 0 0 0	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.

Observação

Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 22/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

463052
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/10/2011

6-Número da Guia Principal
8238983

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/10/2011

3-Data de Emissão da Guia
12/10/2011

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202532517700000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
IRENE DOS SANTOS OLIVEIRA

02/12/1969

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
IRENE DOS SANTOS OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Assinatura a RN
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

18-Número no CRO
28089

19-UF
SP

20-Código CBO S

225 -
Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100200

23-CPF na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

23-Número no CRO
28089

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

27-Número no CRO
28089

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Financiamento/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0-0	185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDV	1	1122000	0,00	0,00	0	12/10/2011	21	21
2-1-0	185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	188000	0,00	0,00	0	12/10/2011	21	21
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data de Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

99-Observação

Emancipação autônoma e enviada por email dia 23.02.11

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-ANº

476846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012 11:21	4-Data de Autorização 11/05/2012 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298857	7-Data Validade da Senha 16/05/12 11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202510550601081203	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO ROSA LIMA	14-Telefone (11) 395211792	15-Nome do titular do plano AMANDA CRISTINA LEITE ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alundamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141307526191	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Frete	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	1611010		01010		18/02/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/02/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faluramento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11611010	47-Valor Total R\$ 11611010	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 11611010
--	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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 18/02/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 18/02/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/02/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

472591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
 408414

3-Data de Emissão da Guia
 10/08/2012

4-Data de Autorização
 10/09/2012

5-Senha
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 8280084

7-Data Validade da Senha
 10/09/2015

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 10102025105506005329011

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11

13-Nome
 SELMA APARECIDA PORTES SIQUEIRA

14-Telefone
 (11) 21395114528

15-Nome do titular do plano
 SELMA APARECIDA PORTES SIQUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação e RN
 N S

17-Nome do Profissional Solicitante
 LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

18-Número no CRO
 28089

19-UF
 SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 41307526911

22-Nome do Contratado Executante
 LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

23-Número no CRO
 28089

24-UF
 SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
 LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

27-Número no CRO
 28089

28-UF
 SP

29-Código CBO S

30-Valor
 025 - Faturar Empresa

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 de Glosa	42-Assinatura
1-10	018110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		11/11/12		
2-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		11/11/12		
3-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		11/11/12		
4-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		11/11/12		
5-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		11/11/12		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento
 11/11/12

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
 1178,00

47-Valor Total R\$
 10,00

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
 11/11/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 11/11/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 11/11/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 11/11/12



473829
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

S-Número da Guia Principal
8286124

--	--

5-Senha
AUTORIZADO

torização	110	21	21	11
-----------	-----	----	----	----

4-Data de Au

3-Data de Emissão da Guia
11/01/2012

--	--

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário		9-Filho		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Número da Carteira		POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA		_/_/__/_/_/			
1	0	1	0	2	0	2	5	3	5
3	9	2	8	0	0	0	0	1	0
1	0	1							

13- Nome	SERGIO PAULO DE OLIVEIRA PATRICIO
14- Telefone	() - - - - -
15- Nome do titular do plano	SERGIO PAULO DE OLIVEIRA PATRICIO
16- Data de nascimento	27/05/1969

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO
16-Atendimento a RN	19-UF
	20-Código CBO S
	025 -

22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	28089	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	28089	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
20- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Class. 42-Assinatura

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Dia Revisão 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\$
17/10/2011	☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	1 1 7 8 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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.

48-Observatio

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	54-Data, local e Calhinho da Empresa
17/10/2011	17/10/2011	17/10/2011	17/10/2011

10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2012

4-Data de Autorização
10/09/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8283516

7-Data Validade da Senha
11/10/2015

473320
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002021535392800000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/10/2015

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome
RAPHAEL HENRIQUE DA COSTA PATRICIO

14-Telefone
14/01/2004

15-Nome do titular do plano
SERGIO PAULO DE OLIVEIRA PATRICIO

16-Número na CRO
28089

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Nome do Profissional Solicitante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

19-UF
SP

20-Código CBO S
28089

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
4130752691

22-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

23-Número na CRO
28089

Dados do Profissional Executante

24-Nome do Profissional Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

25-UF
SP

26-Código CBO S
28089

27-Número na CRO
28089

28-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
1-0018110000651 CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Código do Procedimento
16 RESTAURAÇÃO RESINA

32-Quantidade US
14 RESTAURAÇÃO RESINA

33-Data de Realização
47 RESTAURAÇÃO RESINA

34-Frete
35-Qtd
36-Valor

37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento
15/02/2012

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
217,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/02/2012

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/02/2012

52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/10/2015

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

109-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

112-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

113-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

116-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

117-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

118-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

119-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

121-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

122-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

123-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

124-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

125-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

126-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

127-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

128-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 21/21	4-Data de Autorização 11/5/10 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298374	7-Data Validade da Senha 11/4/10 51/21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020251050600646301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome SONIA REGINA RODRIGUES SILVA		14-Telefone (11) 21 13951216095	
13-Nome SONIA REGINA RODRIGUES SILVA		15-Data Validade da Carteira 30/08/1960		15-Nome do titular do plano SONIA REGINA RODRIGUES SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		18-Número no CRO 28089		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14113075226191		22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		23-Número no CRO 28089		24-UF SP		25-Código CNES 28089		26-Envia - RX (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089		28-UF SP		29-Código CBO S 81000421-					

30-Tabeta	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-Agujatura
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		15/02/21	15/02/21	15/02/21
2-00181000421		RX PERIAPICAL			1	1	14,00	0,00		15/02/21	15/02/21	15/02/21
3-00181000421		RX PERIAPICAL			1	1	14,00	0,00		15/02/21	15/02/21	15/02/21
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/21	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 162,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, (riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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
Amalgams anexados ao prontuário e mudados por email dia 15.2.21

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/21/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



473340
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/01/0151/21

6-Número da Guia Principal
8283623

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/01/0121/21

3-Data de Emissão da Guia
10/09/010121/21

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101020251050601863401

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

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
MEIRI SIQUEIRA DO PRADO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
MEIRI SIQUEIRA DO PRADO

Dados do Profissional Solicitante

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

18-Número no CRO
28089

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Excutante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

23-Número no CRO
28089

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excutante

27-Número no CRO
28089

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 de Glosa 42-Assinatura
1	01018110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	314,00	0,00		11/01/02/21	x Meiru
2	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	316,00	0,00		11/01/02/21	x Meiru
3	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	316,00	0,00		11/01/02/21	x Meiru
4	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	316,00	0,00		11/01/02/21	x Meiru
5	01018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	316,00	0,00		11/01/02/21	x Meiru
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/01/02/21

44-Tipo de Atendimento
11-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Falimento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1178,00

47-Valor Total R\$
1178,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1178,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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
11/01/02/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/02/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/02/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/02/21



2-No

468511
INTERCÂMBIO

AP Total Enrollment / Community College PR

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. Dedaro, 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.

53-Data local e Cadastro da Empresa

49-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

453196
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/1011/1211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8193169	7-Data Validade da Senha 11/13/1014/11/1211
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202151051060118079011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Contrato Nacional da Saúde
13-Nome IVALDO COLLI DUARTE	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano IVALDO COLLI DUARTE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1413017526191111	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100228
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0018511002161		RESTAURAÇÃO RESINA	21	IMDV	11	112121010		0101010		10/10/21	21	Eduardo
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/21	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 112121010	47-Valor Total R\$ 0101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0101010
--	---	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dia: 10/10/21
Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

462063
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
2 6 / 0 4 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8233881

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 7 / 0 1 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
12 6 / 0 1 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 0 8 1 2 0 3

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

13-Plano
POS REDE PRESTADORA

12-Número do Contrato Nacional da Saúde

13-Nome
RODRIGO ROSA LIMA

15-Nome do titular do plano

14-Telefone
() 3 9 5 2 1 7 9 2

21-Data de Emissão da Guia
21/02/2011

12-Nome do Contrato Nacional da Saúde
AMANDA CRISTINA LEITE ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adiantamento e RN
N
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

025 -

Faturar Empresa

18-Número no CRO
28089

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14 1 3 0 7 5 2 6 6 9 1

25-Código CNES

24-UF
SP

22-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

26-Nome do Profissional Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

27-Número no CRO
28089

29-Código CBO S

28-UF
SP

33-Quantidade US

34-Fee

35-Data de Realização

36-Franchise/Co-participação R\$

37-Valor

38-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Fee	35-Qtd	36-Franchise/Co-participação R\$	37-Valor	38-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-0	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		34,00	27/01/21	
2-0	01840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1		0,00	02/02/21	
3-0	01840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1		0,00	02/02/21	
4-0	01840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1		0,00	02/02/21	
5-0	01840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1		0,00	02/02/21	
6-0	01840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1		0,00	02/02/21	
7-0									
8-0									
9-0									
10-0									
11-0									
12-0									
13-0									
14-0									
15-0									

42-Data Prevista Término do Tratamento
10/02/21

43-Tipo de Atendimento

44-Exame Radiológico

45-Exame Radiológico

46-Tipo de Atendimento

47-Valor Total R\$

48-Total Quantidade US

49-Total Franchise / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 Solicitante
10/02/21

51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Contribuição da Empresa



2-Nº

479149
INTERCÂMBIO025 -118-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, a por mim assinado(s), fôlgoram 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.

53-Data, local e Carimbo da Empresa

22-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

O-Data local e Assinatura do Cirurgião: