

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 28878051000130 (ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 73956/SP

Cirurgião Dentista: (15604) - DANIELA FERNANDES DE BARROS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
277815 - I	DANIEL BATISTA DOS SANTOS (00202510550601616002)		27/01/2020	603	0.4	R\$ 241,20
289481 - I	GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102)		17/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
289501 - I	GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102)		17/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
267490 - I	GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501)		08/01/2020	61	0.4	R\$ 24,40
267496 - I	GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501)		08/01/2020	61	0.4	R\$ 24,40
293626 - I	HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704)		28/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
293632 - I	HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704)		28/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
297122 - I	JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS (00202527370600000101)		06/03/2020	122	0.4	R\$ 48,80
289475 - I	LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101)		17/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
289495 - I	LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101)		17/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
297099 - I	MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601)		06/03/2020	34	0.4	R\$ 13,60
297113 - I	MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601)		06/03/2020	140	0.4	R\$ 56,00
244028 - I	RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702)		04/11/2019	34	0.4	R\$ 13,60
297205 - I	RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702)		06/03/2020	122	0.4	R\$ 48,80
300953 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	34	0.4	R\$ 13,60
300985 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	140	0.4	R\$ 56,00
300987 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	61	0.4	R\$ 24,40

Totalizador

Nº de USOs: 1934
 Nº de atendimentos: 17
 Valor: R\$ 773,60

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1934
 Nº de atendimentos: 17
 Valor: R\$ 773,60

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1934
 Nº de atendimentos: 17
 Valor: R\$ 773,60

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: 04/05/2020 15:12

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AMS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/02 11/2/01	4-Data de Autorização 10/6/03 11/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7416393	7-Data Validade da Senha 11/7/05 11/2/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

289495
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 4 1 7 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/03 18/5/3 17/3/09	12-Número do Cartão Nacional de Saúde LUCIENE DA SILVA
--	--------------------------------	--	---	---

13-Nome LUCIENE DA SILVA		14-Teléfono (11) 3853 17309		15-Nome do titular do plano LUCIENE DA SILVA	
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 2 9 4 8 2 3 5 6 3 4					
22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS					
26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS					
27-Número no CRO 73956					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
18-Número no CRO 73956					
19-UF SP					
20-Código CBO S					
25-Código CNES					
25 - 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 da Recusa		42- Assinatura					
1-0	0	8	4	0	0	1	9	8			1		3	5	0	0			0	6	0	3	0			Luciene			
2-0	0	8	4	0	0	1	9	8			1		3	5	0	0			0	6	0	3	0			Luciene			
3-0	0	8	4	0	0	1	9	8			1		3	5	0	0			0	6	0	3	0			Luciene			
4-0	0	8	4	0	0	1	9	8			1		3	5	0	0			0	6	0	3	0			Luciene			
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\$																			
1-1		1-1		1-1		1-1		1-1		1-1		1-1			1-1			0-0			0-0								

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/01	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 a 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 06/03/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/03/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/03/20 [Assinatura]	53-Data, local e Campo da Empresa 06/03/20 [Assinatura]
--	--	--	--

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2020	4-Data de Autorização 10/06/2023	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7416281	7-Data Validade da Sentença 17/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

289475
INTERCAMBIO

8-Dados do Beneficiário 10-02-02-51-05-06-00-41-71-01-1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 17/10/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde -
13-Nome LUCIENE DA SILVA	07/01/1972	14-Telefone (11) 38153173	15-Nome do titular do plano LUCIENE DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91291482356134	22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS
23-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS	24-UF SP
25-Número no CRO 73956	26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
27-Número no CRO 73956	28-UF SP
29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		517,02	20		<i>Assinatura</i>
2-												
3-												
4-												
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-Otoscopia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Francel

46-Total Quantidade US
34,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Prevista Término do Tratamento 17/10/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

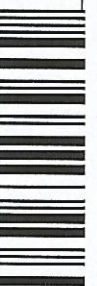
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2020 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2020 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 17/10/2020 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2020 [Assinatura]
--	--	--	--

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73056



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/2012	4-Data de Autorização 06/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7439601	7-Data Validade da Senha 28/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

293632
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020251050601253704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome

HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES

28/11/1959

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do titular do plano
MATHEUS DE MATOS SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS
--------------------------	--

18-Número no CRO 73956	19-UF SP
---------------------------	-------------

20-Código CBO S 025 -	21-UF SP
--------------------------	-------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9129148235634	22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS
--	---

23-Número no CRO 73956	24-UF SP
---------------------------	-------------

25-Código CNES	26-Código CBO S
----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante
DANIELA FERNANDES DE BARROS

27-Número no CRO 73956	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-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	84000198			1	3,5	0,0			28/11/2012		
2-0	0	84000198			1	3,5	0,0			28/11/2012		
3-0	0	84000198			1	3,5	0,0			28/11/2012		
4-0	0	84000198			1	3,5	0,0			28/11/2012		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Frequência / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial		140,00								

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(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 Assinatura da Empresa

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



293626
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/8/10 12/12/10

4-Data de Autuação
10/6/10 3/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7439545

7-Data Validade da Sentença
12/8/10 5/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202510550601253704

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
1/1/11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
DANIELA FERNANDES DE BARROS

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIELA FERNANDES DE BARROS

22-Nome do Contratado Executante
DANIELA FERNANDES DE BARROS

18-Número no CRO
73956

23-Número no CRO
73956

19-UF
SP

24-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
DANIELA FERNANDES DE BARROS

27-Número no CRO
73956

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela
31- Código do Procedimento

32- Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33- Dente/Região
1

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
4,10,10

37- Valor
10,10,10

38- Franquia/Co-participação R\$
S 06/103/20

39- Aut
S 06/103/20

40- Data de Realização
06/103/20

41- Motivo da Guia
X

42- Assinatura

43- Observação

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
3,4,10,10

47- Valor Total R\$
0,10,10

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
06/103/20. [Assinatura]

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/103/20. [Assinatura]

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/103/20. [Assinatura]

53- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/103/20. [Assinatura]

54- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/103/20. [Assinatura]

55- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/103/20. [Assinatura]

56- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/103/20. [Assinatura]

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



277815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/01 11/2/01 4-Data de Autorização 10/3/02 11/2/01 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7352719 7-Data Validade da Santa 12/6/04 11/2/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10-0210215101550601616002

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

DANIEL BATISTA DOS SANTOS

23/09/1967

14-Telefone

(11) 39116191116

15-Nome do titular do plano

LUCIENE CABRAL DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

DANIELA FERNANDES DE BARROS

18-Número no CRO

73956

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

21-Enviar - RX

(1) 85100200 (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

19121948235634

22-Nome do Contratado Excitante

DANIELA FERNANDES DE BARROS

23-Número no CRO

73956

24-UF

SP

25-Código CNES

025 -

26-Código CBO S

025 -

26-Nome do Profissional Excitante

DANIELA FERNANDES DE BARROS

27-Número no CRO

73956

28-UF

SP

29-Código CBO S

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

100851001916

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região

13 V

34-Face

V

35-Cid

1

36-Quantidade US

6100

37-Valor

000

38-Franquia/Co-participação R\$

000

39-Aut

000

40-Data de Realização

000

2100851001916

2200851001916

2300851001916

2400851001916

2500851001916

2600851001916

2700851001916

2800851001916

2900851001916

3000851001916

3100851001916

3200851001916

3300851001916

3400851001916

3500851001916

3600851001916

3700851001916

3800851001916

3900851001916

4000851001916

4100851001916

4200851001916

4300851001916

4400851001916

4500851001916

4600851001916

4700851001916

4800851001916

4900851001916

5000851001916

5100851001916

5200851001916

5300851001916

5400851001916

5500851001916

5600851001916

5700851001916

5800851001916

5900851001916

6000851001916

6100851001916

6200851001916

6300851001916

6400851001916

6500851001916

6600851001916

6700851001916

6800851001916

6900851001916

7000851001916

7100851001916

7200851001916

7300851001916

7400851001916

7500851001916

7600851001916

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

10/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20

09/10/03/20



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/7/02 4-Dia de Autorização 10/6/03 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7416437 7-Dia Validade da Senha 11/7/05

289501
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600417102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 11/7/02

13-Nome

GENIEL FELIX ESTEVAM

22/07/1986

14-Telefone (11) 3815317309

15-Nome do titular do plano LUCIENE DA SILVA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS

18-Número no CRO 73956

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192948235634 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS

23-Número no CRO 73956

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS

27-Número no CRO 73956

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	0,00			06/03/20		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00			06/03/20		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00			06/03/20		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00			06/03/20		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia 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

1140,00

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

06/03/20 Barro

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

06/03/20 Barro

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

06/03/20

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

06/03/20

Dr. Daniel Fernandes de Barros
Cirurgião-Dentista
CROSP 73956

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



267490
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 11/01/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7300863 7-Data Validade da Senha 10/17/14

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00020251050601298501 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GILMARA ALVES DA SILVA 14-Teléfono (11) 39741322 15-Nome do titular do plano GILMARA ALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa

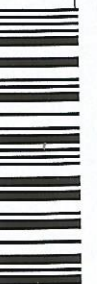
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192948235634 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 28-UF SP 29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,100	0,00	0,00	S	09/03/20		
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 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 6,100 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), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, responsável pelo tratamento 09/10/2010, Barro, 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, 09/10/2010, Barro, 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável, 09/10/2010, Gilmar, 53-Data, local e Assinatura da Empresa, 09/10/2010, Dia, Daniela Fernandes de Barros, Cirurgiã-dentista, CROSP 73956



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2011 4-Data de Autorização 11/01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7300865 7-Data Validade da Senha 10/17/2014 8-Data Validade da Guia 10/12/2011

267496
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1012025105506012985011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GILMARA ALVES DA SILVA 14-Teléfono (11) 2139741322 15-Nome do titular do plano GILMARA ALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Saludamento a RN DANIELA FERNANDES DE BARROS 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 129482356314 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glor	42-Atividade
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00	5,09	03/20			
2-												
3-												
4-												
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 61,00 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 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

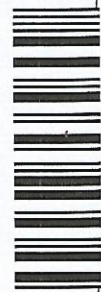
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Beneficiário 09/03/2011 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/2011 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/2011 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 54-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 55-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 56-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 57-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 58-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 59-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 60-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 61-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 62-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 63-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 64-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 65-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 66-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 67-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 68-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 69-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 70-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 71-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 72-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 73-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 74-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 75-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 76-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 77-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 78-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 79-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 80-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 81-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 82-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 83-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 84-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 85-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 86-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 87-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 88-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 89-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 90-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 91-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 92-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 93-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 94-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 95-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 96-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 97-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 98-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 99-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura] 100-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011 [Assinatura]

Dr. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã Dentista
CROSP 73956



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



297122
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/03 4-Data de Autorização 12/01/03 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7458068 7-Data Validade da Senha 10/04/06 8-Número da Carteira 10/02/02 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 10/01/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91291481235634 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	20/03/20		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	20/03/20		
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Totalmente Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/03/2020 Dr. Daniela Fernandes de Barros Cirurgião-Dentista CROSP 73956 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/03/2020 Dr. Daniela Fernandes de Barros Cirurgião-Dentista CROSP 73956 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/03/2020 Josiane G. 53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/03/2020



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 4-Data de Autorização 13/10/13 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7457896 7-Data Validade da Sentia 10/04/10 8-Data Validade da Sentia 10/06/12

297099
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202510550601805601
13-Nome MARA LUCIA LEITE CRAVO

9-Plano POS REDE PRESTADORA
14-Telefone () - - - - -

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira / / / / /
15-Nome do titular do plano MARA LUCIA LEITE CRAVO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS

18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192948235634111111 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS

23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1- 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 Glasa	42- Assinatura
1- 10	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	10	10,00	15	06/03/20	X	Mara	
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 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 34100 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), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/20 - [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20 - [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 X Mara Crave

53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/20

54-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/20

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

2-N₂297205
CÂMBIO



300985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2011 4-Data de Autorização 22/07/1973 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7479881 7-Data Validade da Sentença 11/05/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020251105506008627011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/03/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SUZANA URBAN GOMES ARAUJO 22/07/1973 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano SUZANA URBAN GOMES ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CUPU / CPF 1912191482135634 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Daniel/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Recuperação
1	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,5,10,0	0,0,0,0	0,0,0,0	1	20/03/2011		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3,5,10,0	0,0,0,0	0,0,0,0	1	20/03/2011		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3,5,10,0	0,0,0,0	0,0,0,0	1	20/03/2011		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3,5,10,0	0,0,0,0	0,0,0,0	1	20/03/2011		
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\$							
11/03/2011	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1140,00	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) 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 20/03/2011 [Assinatura] 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/03/2011 [Assinatura] 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/03/2011 [Assinatura] 53-Data local e Carimbo da Empresa 20/03/2011 [Assinatura] D^{ra}. Daniela Fernandes de Barros Cirurgião-dentista CROSP 73956



300987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2011 4-Data de Autorização 12/10/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7479898 7-Data Validade da Senha 11/11/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025105506008627011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

SUZANA URBAN GOMES ARAUJO 22/07/1973 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SUZANA URBAN GOMES ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averciamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

19129482356341 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS

25-Nome do Profissional Executante

DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	01	161,00	0,00	S	20	10/03/20		
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-Circondentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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-Dig. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dig. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dig. local e Carimbo da Empresa

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgião-Dentista
CROSP 73956

Registro ANS

1 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Código no Contratado

73956/SP - DANIELA FERNANDES DE BARROS

Código no Prestador

2 8 8 7 8 0 5 1 0 0 0 1 3 0

Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

15 - Status

16 - Beneficiário

00202527370600000102 - RAFAELMER RAFAEL SILVA

19 -

13 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

2 8 4 7 2 3

AUTORIZADO

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

10 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

27 - Código da Glosa

19 -

21 - Dente/Região

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 -

20 - Data de Realização % Procedimento

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

30 - Valor Acabado

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

0 7 0 2 0 2 0 2 0 0 1 3

0 1 4

8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

1 3 1 1

Dra. Daniela Fernandes de Barros

Cirurgia-dentista

CROSP 73956

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

35 - Assinatura do Prestador

Barros

36 - Data da Assinatura da Operadora