

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/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
400234 - I	ELLEN CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS (00202532138100000101)		20/10/2020	122	0.35	R\$ 42,70
407761 - I	ANA PAULA FERREIRA SILVA (00202532104900000101)		29/10/2020	239	0.35	R\$ 83,65
443033 - I	ANA PAULA LUCHETTI LADEIRA (00202534288600000101)		17/12/2020	300	0.35	R\$ 105,00
443045 - I	RAFAELA DE OLIVEIRA INACIO (00202534288600000102)		17/12/2020	327	0.35	R\$ 114,45
452753 - I	BEATRIS PIRES DE MORAIS (00202510550601910301)		13/01/2021	61	0.35	R\$ 21,35
452842 - I	IRENE DOS SANTOS OLIVEIRA (00202532517700000101)		13/01/2021	146	0.35	R\$ 51,10
459019 - I	ERICA LOURENCO IDALGO LEITE DOS SANTOS (00202533962200000101)		21/01/2021	300	0.35	R\$ 105,00
459025 - I	MIKAELY LOURENCO IDALGO DOS SANTOS (00202533962200000102)		21/01/2021	302	0.35	R\$ 105,70
459223 - I	ISABELY LOURENCO IDALGO DOS SANTOS (00202533962200000103)		21/01/2021	228	0.35	R\$ 79,80

Totalizador		N° de USOs:	2025
		N° de atendimentos:	9
		Valor:	R\$ 708,75

Totalizador da Operadora		N° de USOs:	2025
		N° de atendimentos:	9
		Valor:	R\$ 708,75

Totalizador da Clínica		N° de USOs:	2025
		N° de atendimentos:	9
		Valor:	R\$ 708,75

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: 27/01/2021 16:27

Página 1 de 1



452842
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha
11/03/2014

5-Número da Guia Principal
8191631

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/04/2011

3-Data de Emissão da Guia
11/03/2011

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0102025325177000000101
11-Data Validade da Carteira
11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
11/03/2014

13-Nome
IRENE DOS SANTOS OLIVEIRA
14-Telefone
(11) 1111-1111
15-Nome do titular do plano
IRENE DOS SANTOS OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Admissão a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA
18-Número no CRO
28089
19-UF
SP
20-Código CBO S
28089

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14130752691
22-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA
23-Número no CRO
28089
24-UF
SP
25-Código CNES
28089
26-Nome do Profissional Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA
27-Número no CRO
28089
28-UF
SP
29-Código CBO S
28089

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00	0,00		15/01/2011		<i>[assinatura]</i>
2-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1	73,00	0,00	0,00		15/01/2011		<i>[assinatura]</i>
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/01/2011
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
1146,00
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 salutar. 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.

19-Observação

Imagens enviadas por email e anexada no prontuário dia 14.01.2011.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/2011
53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/2011

Dra. Lucia Maria G. Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO SP 28.089



400234
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
18/01/21

6-Número da Guia Principal
7976313

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/20

3-Data de Emissão da Guia
12/01/20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10102025321381000000101

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ /

13-Nome
ELLEN CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS

14-Telefone
() - / -

15-Nome do titular do plano
ELLEN CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Admissionante e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

18-Número no CRO
28089

19-UF
SP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1413071526691

22-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

23-Número no CRO
28089

24-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

27-Número no CRO
28089

28-UF
SP

29-Código CBO S
28089

25-Código CNES
28089

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabulati	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Faixa	35-Ciód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001085110001916	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	1	61100		0100	S	05/01/21		Ellen
2-001085110001916	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	1	61100		0100	S	05/01/21		Ellen
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
05/01/21

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
112200

47-Valor Total R\$
0100

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0100

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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
Cartão do

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante
05/01/21

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/01/21 Ellen

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/01/21

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/01/21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/9/10/10/12/01		4-Data de Autorização 13/01/10/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8007611		7-Data Validade da Senha 12/17/10/11/12/11		407761 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 101012025321049000010101													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome ANA PAULA FERREIRA SILVA													
14-Telefone (11) 11111111													
15-Nome do titular do plano ANA PAULA FERREIRA SILVA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA													
22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1411301752166191111													
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA													
23-Número no CRO 28089													
24-UF SP													
25-Código CNES													
27-Número no CRO 28089													
28-UF SP													
29-Código CBO S													
20-Código CBO S													
19-UF SP													
18-Número no CRO 28089													
025 - Faturar Empresa													

30C-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1- 0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3 4,0 0		0,0 0	S	30/10/20	11/11/20
2- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1		3 6,0 0		0,0 0	S	30/10/20	11/11/20
3- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1		3 6,0 0		0,0 0	S	30/10/20	11/11/20
4- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1		3 6,0 0		0,0 0	S	30/10/20	11/11/20
5- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1		3 6,0 0		0,0 0	S	30/10/20	11/11/20
6- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1		6 1,0 0		0,0 0	S	05/01/21	11/11/20
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Prescrição 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\$		
03/10/21/11/21		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		239,00		0,00		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) 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.

9-9b887700

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
10/03/11 07:11 246	10/03/11 07:11 246	10/03/11 07:11 246	11/11/11



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01/11/21	4-Data de Autorização 12/11/01/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8217395	7-Data Validade da Guia 12/11/04/11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025339622000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / /
13-Nome MIKAELY LOURENCO IDALGO DOS SANTOS	16-Data de Prestação 16/09/2010	14-Telefone () - / - /	15-Nome do titular do plano ERICA LOURENCO IDALGO LEITE DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 28089
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14113017526191	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES 28089
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S 28089	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		12/11/01/11/21		
2-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	1	7,20	0,00		12/11/01/11/21		
3-0	0184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	1	4,90	0,00		12/11/01/11/21		
4-0	0184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	1	4,90	0,00		12/11/01/11/21		
5-0	0184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	1	4,90	0,00		12/11/01/11/21		
6-0	0184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	1	4,90	0,00		12/11/01/11/21		
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/01/11/21	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	47-Valor Total R\$ 302,00	48-Valor Total R\$ 302,00	49-Valor Total R\$ 302,00
--	--	---	---	------------------------------	------------------------------	------------------------------

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 Contratado-Responsável 12/11/01/11/21	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 12/11/01/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 12/11/01/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / /
---	---	---	--

Dra. Lucia Maria G. Pereira
C.R.O. SP 28089



459223
INTERCÂMBIO

Número do Contrato

12. Número do Cartão Nacional de Saúde

47 Minutes de Préparation

1

25. Código CNEC

1111

POLYMER LETTERS

2117017151

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

"Sun, Moon, & Stars"

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1111

11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533

[illegible]

" " " " "

		/				/								
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

11

48-
al RS[illegible]

Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

459019
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01 11/21	4-Data de Autorização 12/11/01 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8217362	7-Data Validade da Senha 12/11/01 11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/01 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00020253396122000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome ERICA LOURENCO IDALGO LEITE DOS SANTOS		15-Nome do titular do plano ERICA LOURENCO IDALGO LEITE DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 28089		19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089		24-UF SP	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1411310175261691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	27-Número no CRO 28089		28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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-Avaliação
30-Tabellat	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00081100000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	314,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
2-00085300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	316,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
3-00085300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	316,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
4-00085300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	316,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
5-00085300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	316,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
6-00085100001916		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	1	61,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
7-00085100001916		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	1	61,00	0,00		12/11/01 11/21	25089
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/01 11/21	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 300,00	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(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 12/11/01 11/21	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/01 11/21	52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/01 11/21	53-Data local e Carimbo da Empresa
--	--	--	------------------------------------



Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 2 8 6 0 0 0 0 1 0 2	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAFAELA DE OLIVEIRA INACIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA LUCHEITI LADEIRA
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número na CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 1 3 0 7 5 2 6 6 9 1	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número na CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	27-Número na CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilto	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glusa	42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	3 4 0 0	0,00	0,00	1	11/01/21	21	11/01/21
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	3 6 0 0	0,00	0,00	1	11/01/21	21	11/01/21
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	3 6 0 0	0,00	0,00	1	11/01/21	21	11/01/21
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	3 6 0 0	0,00	0,00	1	11/01/21	21	11/01/21
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	47	OV	1	1	8 8 0 0	0,00	0,00	1	11/01/21	21	11/01/21
6-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	1	6 1 0 0	0,00	0,00	1	11/01/21	21	11/01/21
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 Previsão Término do Tratamento 12/10/21	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 1327,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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) em conformidade com o 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

Imagens enviadas por email e anexadas no prontuário do paciente

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/21
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

443033
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
11/07/2012

3-Data de Autorização
21/11/2012

4-Senha
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
8154877

6-Data Validade da Guia
17/10/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10102025342860000000101

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
ANA PAULA LUCHETTI LADEIRA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANA PAULA LUCHETTI LADEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
141130175266191

22-Nome do Contratado Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

26-Nome do Profissional Executante
LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA

27-Número no CRO
28089

28-UF
SP

29-Código CBO S
28089

30-Código CBO S
28089

31-UF
SP

32-UF
SP

33-Quantidade US
34-Valor
35-Quantidade US
36-Valor

37-Quantidade US
38-Valor

39-Quantidade US
40-Valor

41-Quantidade US
42-Valor

43-Quantidade US
44-Valor

45-Quantidade US
46-Valor

47-Quantidade US
48-Valor

49-Quantidade US
50-Valor

51-Quantidade US
52-Valor

53-Quantidade US
54-Valor

55-Quantidade US
56-Valor

57-Quantidade US
58-Valor

59-Quantidade US
60-Valor

61-Quantidade US
62-Valor

63-Quantidade US
64-Valor

65-Quantidade US
66-Valor

67-Quantidade US
68-Valor

69-Quantidade US
70-Valor

71-Quantidade US
72-Valor

73-Quantidade US
74-Valor

75-Quantidade US
76-Valor

77-Quantidade US
78-Valor

79-Quantidade US
80-Valor

81-Quantidade US
82-Valor

83-Quantidade US
84-Valor

85-Quantidade US
86-Valor

87-Quantidade US
88-Valor

89-Quantidade US
90-Valor

91-Quantidade US
92-Valor

93-Quantidade US
94-Valor

95-Quantidade US
96-Valor

97-Quantidade US
98-Valor

99-Quantidade US
100-Valor

101-Quantidade US
102-Valor

103-Quantidade US
104-Valor

105-Quantidade US
106-Valor

107-Quantidade US
108-Valor

109-Quantidade US
110-Valor

111-Quantidade US
112-Valor

113-Quantidade US
114-Valor

115-Quantidade US
116-Valor

117-Quantidade US
118-Valor

119-Quantidade US
120-Valor

121-Quantidade US
122-Valor

123-Quantidade US
124-Valor

125-Quantidade US
126-Valor

127-Quantidade US
128-Valor

129-Quantidade US
130-Valor

131-Quantidade US
132-Valor

133-Quantidade US
134-Valor

135-Quantidade US
136-Valor

137-Quantidade US
138-Valor

139-Quantidade US
140-Valor

141-Quantidade US
142-Valor

143-Quantidade US
144-Valor

145-Quantidade US
146-Valor

147-Quantidade US
148-Valor

149-Quantidade US
150-Valor

151-Quantidade US
152-Valor

153-Quantidade US
154-Valor

155-Quantidade US
156-Valor

157-Quantidade US
158-Valor

159-Quantidade US
160-Valor

161-Quantidade US
162-Valor

163-Quantidade US
164-Valor

165-Quantidade US
166-Valor

167-Quantidade US
168-Valor

169-Quantidade US
170-Valor

171-Quantidade US
172-Valor

173-Quantidade US
174-Valor

175-Quantidade US
176-Valor

177-Quantidade US
178-Valor

179-Quantidade US
180-Valor

181-Quantidade US
182-Valor

183-Quantidade US
184-Valor

185-Quantidade US
186-Valor

187-Quantidade US
188-Valor

189-Quantidade US
190-Valor

191-Quantidade US
192-Valor

193-Quantidade US
194-Valor

195-Quantidade US
196-Valor

197-Quantidade US
198-Valor

199-Quantidade US
200-Valor

201-Quantidade US
202-Valor

203-Quantidade US
204-Valor

205-Quantidade US
206-Valor

207-Quantidade US
208-Valor

209-Quantidade US
210-Valor

211-Quantidade US
212-Valor

213-Quantidade US
214-Valor

215-Quantidade US
216-Valor

217-Quantidade US
218-Valor

219-Quantidade US
220-Valor

221-Quantidade US
222-Valor

223-Quantidade US
224-Valor

225-Quantidade US
226-Valor

227-Quantidade US
228-Valor

229-Quantidade US
230-Valor

231-Quantidade US
232-Valor

233-Quantidade US
234-Valor

235-Quantidade US
236-Valor

237-Quantidade US
238-Valor

239-Quantidade US
240-Valor

241-Quantidade US
242-Valor

243-Quantidade US
244-Valor

245-Quantidade US
246-Valor

247-Quantidade US
248-Valor

249-Quantidade US
250-Valor

251-Quantidade US
252-Valor

253-Quantidade US
254-Valor

255-Quantidade US
256-Valor

257-Quantidade US
258-Valor

259-Quantidade US
260-Valor

261-Quantidade US
262-Valor

263-Quantidade US
264-Valor

265-Quantidade US
266-Valor

267-Quantidade US
268-Valor

269-Quantidade US
270-Valor

271-Quantidade US
272-Valor

273-Quantidade US
274-Valor

275-Quantidade US
276-Valor

277-Quantidade US
278-Valor

279-Quantidade US
280-Valor

281-Quantidade US
282-Valor

283-Quantidade US
284-Valor

285-Quantidade US
286-Valor

287-Quantidade US
288-Valor

289-Quantidade US
290-Valor

291-Quantidade US
292-Valor

293-Quantidade US
294-Valor

295-Quantidade US
296-Valor

297-Quantidade US
298-Valor

299-Quantidade US
300-Valor

301-Quantidade US
302-Valor

303-Quantidade US
304-Valor

305-Quantidade US
306-Valor

307-Quantidade US
308-Valor

309-Quantidade US
310-Valor

311-Quantidade US
312-Valor

313-Quantidade US
314-Valor

315-Quantidade US
316-Valor

317-Quantidade US
318-Valor

319-Quantidade US
320-Valor

321-Quantidade US
322-Valor

323-Quantidade US
324-Valor

325-Quantidade US
326-Valor

327-Quantidade US
328-Valor

329-Quantidade US
330-Valor

331-Quantidade US
332-Valor

333-Quantidade US
334-Valor

335-Quantidade US
336-Valor

337-Quantidade US
338-Valor

339-Quantidade US
340-Valor

341-Quantidade US
342-Valor

343-Quantidade US
344-Valor

345-Quantidade US
346-Valor

347-Quantidade US
348-Valor

349-Quantidade US
350-Valor

351-Quantidade US
352-Valor

353-Quantidade US
354-Valor

355-Quantidade US
356-Valor

357-Quantidade US
358-Valor

359-Quantidade US
360-Valor

361-Quantidade US
362-Valor

363-Quantidade US
364-Valor

365-Quantidade US
366-Valor

367-Quantidade US
368-Valor

369-Quantidade US
370-Valor

371-Quantidade US
372-Valor

373-Quantidade US
374-Valor

375-Quantidade US
376-Valor

377-Quantidade US
378-Valor

379-Quantidade US
380-Valor

381-Quantidade US
382-Valor

383-Quantidade US
384-Valor

385-Quantidade US
386-Valor

387-Quantidade US
388-Valor

389-Quantidade US
390-Valor

391-Quantidade US
392-Valor

393-Quantidade US
394-Valor

395-Quantidade US
396-Valor

397-Quantidade US
398-Valor

399-Quantidade US
400-Valor

401-Quantidade US
402-Valor

403-Quantidade US
404-Valor

405-Quantidade US
406-Valor

407-Quantidade US
408-Valor

409-Quantidade US
410-Valor

411-Quantidade US
412-Valor

413-Quantidade US
414-Valor

415-Quantidade US
416-Valor

417-Quantidade US
418-Valor

419-Quantidade US
420-Valor

421-Quantidade US
422-Valor

423-Quantidade US
424-Valor

425-Quantidade US
426-Valor

427-Quantidade US
428-Valor

429-Quantidade US
430-Valor

431-Quantidade US
432-Valor

433-Quantidade US
434-Valor

435-Quantidade US
436-Valor

437-Quantidade US
438-Valor

439-Quantidade US
440-Valor

441-Quantidade US
442-Valor

443-Quantidade US
444-Valor

445-Quantidade US
446-Valor

447-Quantidade US
448-Valor

449-Quantidade US
450-Valor

451-Quantidade US
452-Valor

453-Quantidade US
454-Valor

455-Quantidade US
456-Valor

457-Quantidade US
458-Valor

459-Quantidade US
460-Valor

461-Quantidade US
462-Valor

463-Quantidade US
464-Valor

465-Quantidade US
466-Valor

467-Quantidade US
468-Valor

469-Quantidade US
470-Valor

471-Quantidade US
472-Valor

473-Quantidade US
474-Valor

475-Quantidade US
476-Valor

477-Quantidade US
478-Valor

479-Quantidade US
480-Valor

481-Quantidade US
482-Valor

483-Quantidade US
484-Valor

485-Quantidade US
486-Valor

452753
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 1 1 3 1 0 1 1 2 1	4-Data de Autorização 1 4 1 0 1 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191234	7-Data Validade da Senha 1 3 1 0 4 1 2 1
--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------------	---------------------------------------

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

15-Nome do titular do plano

13- Nome	14- Telefone	15- Nome do titular do plano
BEATRIS PIRES DE MORAIS	() - - - - -	BEATRIS PIRES DE MORAIS
05/05/1967		

025 - Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Provisão Término do Tratamento

44-Data Previsão Término do Tratamento	22/11/04 11:31	45-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	46-Total Quantidade US	161,00	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-Observeção

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
20/11/2011	20/11/2011	20/11/2011	20/11/2011

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 23.089