

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

CRO: 76040/SP

Cirurgião Dentista: (14923) - DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
385922 - I	ARYEL DE TOLEDO (00202530763200000102)		29/09/2020	61	0.3	R\$ 18,30
394926 - I	DAIANE DA SILVA DE TOLEDO (00202530763200000101)		13/10/2020	272	0.3	R\$ 81,60
394942 - I	REGINA MOSCARDO DOS SANTOS (00202510550601292001)		13/10/2020	3276	0.3	R\$ 982,80
394974 - I	ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA (00202510550601681301)		13/10/2020	88	0.3	R\$ 26,40
423777 - I	JACQUELINE SANTOS LIMA (00202510550600924401)		20/11/2020	308	0.3	R\$ 92,40
423818 - I	VICTOR HUGO SILVA (00202510550600924402)		20/11/2020	219	0.3	R\$ 65,70
423823 - I	JACQUELINE SANTOS LIMA (00202510550600924401)		20/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
423826 - I	ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA (00202510550601681301)		20/11/2020	219	0.3	R\$ 65,70
426611 - I	VICTOR HUGO SILVA (00202510550600924402)		24/11/2020	73	0.3	R\$ 21,90
433856 - I	RAFAEL DONIZETTI DO PATROCINIO CLAUDINO (00202533578800000101)		03/12/2020	144	0.3	R\$ 43,20
433876 - I	GABRIELA DA SILVA MEDEIROS (00202534066300000101)		03/12/2020	144	0.3	R\$ 43,20
434136 - I	MARINA SOARES (00202533641100000101)		03/12/2020	144	0.3	R\$ 43,20
434277 - I	NATALIA CRISTINA SOARES DOS SANTOS (00202533641100000102)		04/12/2020	72	0.3	R\$ 21,60
443427 - I	MARINA SOARES (00202533641100000101)		17/12/2020	50	0.3	R\$ 15,00
445124 - I	ROSANA ANDRADE MAIA MONTEIRO (00202510550601939101)		21/12/2020	183	0.3	R\$ 54,90
445373 - I	ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA (00202510550601681301)		22/12/2020	183	0.3	R\$ 54,90
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:	5580	
				N° de atendimentos:	16	
				Valor:	R\$ 1.674,00	
Totalizador						
				N° de USOs:	5580	
				N° de atendimentos:	16	
				Valor:	R\$ 1.674,00	

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 04/01/2021 17:04



423818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/2011	4-Data de Autorização 24/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8075836	7-Data Validade da Senha 18/02/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202510550600924402	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VICTOR HUGO SILVA	14-Telefone 25/04/2011
15-Nome do titular do plano JACQUELINE SANTOS LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER
18-Número no CRO 76040	19-UF SP
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER
23-Número no CRO 76040	24-UF SP
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040
28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	73		1	73,00	0,00		S	24/11/2011		
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00		S	24/11/2011		
3-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00		S	24/11/2011		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/11/2011	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 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/2011 Ora. Denise Rangel do Amaral David Nasser Cirurgiã - Dentista CROSP 76.040



426611
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 12/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8085095	7-Data Validade da Senha 12/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600924402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR HUGO SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JACQUELINE SANTOS LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00	0,00			12/12/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2012	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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2012 Ora. Denise Rangel do Amaral David Nasser Cirurgiã - Dentista CROSP 76.040
---	---	---	--



433876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115075	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253406630000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELA DA SILVA MEDEIROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIELA DA SILVA MEDEIROS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S

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 da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Gabriela
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Gabriela
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Gabriela
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Gabriela
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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20
---	---	---	---



433856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115021	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533578800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAFAEL DONIZETTI DO PATROCINIO CLAUDINO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL DONIZETTI DO PATROCINIO CLAUDINO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/12/20		Rafael
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/12/20		Rafael
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/12/20		Rafael
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/12/20		Rafael
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/20
---	---	---	---



423823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/2012	4-Data de Autorização 24/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8075856	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600924401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JACQUELINE SANTOS LIMA 20/01/1964			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JACQUELINE SANTOS LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835		22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		23-Número no CRO 76040	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER			27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/11/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/11/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/11/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/11/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/11/2012	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/2012
---	---	---	---



445373
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/12/2019	4-Data de Autorização 22/12/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8165006	7-Data Validade da Senha 22/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601681301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00	S	22/12/2019			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00	S	22/12/2019			
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M	1	61,00	0,00	S	22/12/2019			
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/2019	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/2019
---	---	---	---

Dra. Denise Rangel do Amaral
David Nasser
Cirurgiã - Dentista
CROSP 76.040



394926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954436	7-Data Validação da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530763200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAIANE DA SILVA DE TOLEDO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAIANE DA SILVA DE TOLEDO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400262-36
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835		22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040		28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	36		1	118,00	0,00		S	22/12/20		x Denise
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	36		1	154,00	0,00		S	22/12/20		x Denise
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	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 272,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/20	<i>Dra. Denise Rangel do Amaral</i> David Nasser Cirurgiã - Dentista CROSP 76.040
---	---	---	---	--



385922
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/20	4-Data de Autorização 01/10/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7917370	7-Data Validade da Senha 28/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530763200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ARYEL DE TOLEDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAIANE DA SILVA DE TOLEDO
----------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	03/11/20		<i>x Dorian</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/10/20	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 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 03/10/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/20 <i>x Dorian</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/20 <i>[Carimbo]</i>
---	---	---	--

Dra. Denise Rangel do Amaral
David Nasser
Cirurgiã - Dentista
CROSP 76040



434136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8116219	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202533641100000101									
13-Nome MARINA SOARES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARINA SOARES			
				08/09/1966					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		18-Número no CRO 76040		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835		22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		23-Número no CRO 76040		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER				27-Número no CRO 76040		28-UF SP		29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																				
30-Tabela	31-Código do Procedimento							32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US			37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$				39-Aut	40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	42-Assinatura												
1.	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1			3	6		0	0								S	07/12/20			maria
2.	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1			3	6		0	0								S	07/12/20			maria
3.	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1			3	6		0	0								S	07/12/20			maria
4.	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1			3	6		0	0								S	07/12/20			maria
5.																																				
6.																																				
7.																																				
8.																																				
9.																																				
10.																																				
11.																																				
12.																																				
13.																																				
14.																																				
15.																																				

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20
---	---	---	---



434277
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8116722	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533641100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA CRISTINA SOARES DOS SANTOS				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARINA SOARES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835		22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		23-Número no CRO 76040		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040		28-UF SP	29-Código CBO S				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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\$																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1-	0	0	8	4	0	0	0	9	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	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 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20
---	---	---	---



443427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 12/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8155719	7-Data Validade da Senha 17/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202533641100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARINA SOARES	
13-Nome MARINA SOARES		14-Data 08/09/1966			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 76040		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040		24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835		22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER				
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085400467		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	11		1	8,00	0,00		S	22/12/20		mae
2-0085400467		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	21		1	8,00	0,00		S	22/12/20		mae
3-0081000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		mae
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	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 50,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/20
---	---	---	---

Dra. Denise Rangel do
David Nasser
Cirurgiã - Dentista
CROSP



423826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8075858	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601681301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	24/11/20		
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	24/11/20		
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	24/11/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/11/20	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 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
---	---	---	---

Ora. Denise Rangel do Amaral
David Nasser
Cirurgiã - Dentista
CROSP 76.040



394974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954674	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202510550601681301	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA	14-Telefone 19/07/1973
15-Nome do titular do plano ALESSANDRA LOPES RODRIGUES COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER
18-Número no CRO 76040	19-UF SP
20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835
22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040
24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040
28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		S	15/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 15/10/20 <i>[Assinatura]</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 <i>[Assinatura]</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 <i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20 Dra. Denise Rangel do Amaral Cirurgiã - Dentista CROSP 76.040



423777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/2012	4-Data de Autorização 24/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8074092	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550600924401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JACQUELINE SANTOS LIMA		14-Telefone 20/01/1964		15-Nome do titular do plano JACQUELINE SANTOS LIMA		

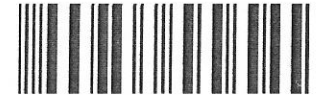
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	44		1	154,00	0,00			09/12/20		
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	45		1	154,00	0,00			09/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	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 308,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20
---------------	---	---	---	---



394942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954526	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601292001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGINA MOSCARDO DOS SANTOS		14-Telefone 05/12/1959	15-Nome do titular do plano REGINA MOSCARDO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400408	PRÓTESE TOTAL	AS		1	1578,00	0,00		S	23/12/20		
2-	0085400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	AI		1	1698,00	0,00		S	23/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/12/20	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 3276,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/12/20
---	---	---	---

Cirurgião Dentista
CRO SP 76040



445124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2020	4-Data de Autorização 22/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8162092	7-Data Validade da Senha 21/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 00202510550601939101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSANA ANDRADE MAIA MONTEIRO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSANA ANDRADE MAIA MONTEIRO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25874634835		22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		23-Número no CRO 76040		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		27-Número no CRO 76040		28-UF SP		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	6,100	0,00	0,00	S	23/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,100	0,00	0,00	S	23/12/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,100	0,00	0,00	S	23/12/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/12/20	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/12/20
---	---	---	---

Ora. Denise Rangel do Amaral
David Nasser
Cirurgiã - Dentista
CRO 76.040