



372572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858391	7-Data Validade da Senha 08/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508835000119402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome CARLOS TEODORO DE OLIVEIRA		14-Telefone 08/03/1965	15-Nome do titular do plano ANA GABRIELA MANJA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/10/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 02/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.089



374523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867333	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600646303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODOLFO APARECIDO SILVA		14-Telefone 27/08/1998 (12) 3952-6095	15-Nome do titular do plano SONIA REGINA RODRIGUES SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VOM	1	122,00	0,00		S	01/10/20		aparell
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/20	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 122,00	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
Imagem inicial no prontuário do paciente

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.089



381090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7896097	7-Data Validade da Senha 21/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601700501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELI GUIMARAES PAIVA		14-Telefone 07/09/1963		15-Nome do titular do plano SUELI GUIMARAES PAIVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00			S		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00			S		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

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



391651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941032	7-Data Validade da Senha 05/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531796900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROGERIA CRISTINA DA SILVA		14-Telefone 30/03/1980 () -	15-Nome do titular do plano ROGERIA CRISTINA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento à RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/10/20		Rogéria
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/10/20		Rogéria
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/10/20		Rogéria
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/10/20		Rogéria
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	13/10/20		Rogéria
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/10/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 13/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/10/20 Rogéria Cristina	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.089



392884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946235	7-Data Validade da Senha 06/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532104900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YASMIM FERREIRA SILVA ROCHA		14-Telefone 27/04/2009	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	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/10/20		[Assinatura]
2	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	13/10/20		[Assinatura]
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	15/10/20		[Assinatura]
4	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	21/10/20		[Assinatura]
5	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	21/10/20		[Assinatura]
6	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	21/10/20		[Assinatura]
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/20	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 314,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/10/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Assinatura]
--	--	--	---

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 28.089



396000
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010	4-Data de Autorização 15/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958960	7-Data Validade da Senha 12/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202532104900000103		13-Nome ANA CAROLINA FERREIRA SILVA ROCHA		14-Telefone () -	
		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	18-Número na CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		
2	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	15/10/20		
3	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00		S	20/10/20		
4	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00		S	20/10/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/20	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 252,00	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 20/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.089



399390
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7972252	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202522218100003301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TEQUALY TECNICA INDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILDEON SANTOS DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILDEON SANTOS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 21/10/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgião Dentista
CRO SP 28.089



399396
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7972259	7-Data Validade da Senha 17/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202522218100003302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TEQUALY TECNICA INDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WALQUIRIA BOMFIM DOS SANTOS OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILDEON SANTOS DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		Walquiria
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/10/20		Walquiria
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/10/20		Walquiria
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/10/20		Walquiria
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/10/20		Walquiria
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PD	1	88,00	0,00		S	26/10/20		Walquiria
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	21/10/20		Walquiria
8-												Walquiria
9-												Walquiria
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	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 280,00	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 RX anexado ao prontuário

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 28.089



394536
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2011	4-Data de Autorização 15/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958758	7-Data Validade da Senha 11/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202525306800005702						
13-Nome LAURA DE OLIVEIRA ASSIS		14-Telefone () 3962-4639		15-Nome do titular do plano TATIANA DE OLIVEIRA ASSIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/20		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	26/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	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 106,00	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 26/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



401561
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2010	4-Data de Autorização 23/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981733	7-Data Validade da Senha 19/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202532104900000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CAROLINA FERREIRA SILVA ROCHA			14-Telefone () -	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	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41307526691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	23/10/20	
2-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	23/10/20	
3-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	27/10/20	
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 159,00	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, a 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 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



403378
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 25/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989584	7-Data Validação da Senha 21/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601910301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BEATRIS PIRES DE MORAIS		14-Telefone 05/05/1967	15-Nome do titular do plano BEATRIS PIRES DE MORAIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONÇALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 4130752691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONÇALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONÇALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/20		Beatris
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Beatris
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Beatris
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Beatris
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Beatris
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	30/10/20		Beatris
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	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 266,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no 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 30/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

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	DL Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
372572 - I	CARLOS TEODORO DE OLIVEIRA (00202508835000119402)		09/09/2020	178	0.35	R\$ 62,30
374523 - I	RODOLFO APARECIDO SILVA (00202510550600646303)		14/09/2020	122	0.35	R\$ 42,70
381090 - I	SUELI GUIMARAES PAIVA (00202510550601700501)		22/09/2020	176	0.35	R\$ 61,60
391651 - I	ROGERIA CRISTINA DA SILVA (00202531796900000101)		07/10/2020	178	0.35	R\$ 62,30
392884 - I	YASMIM FERREIRA SILVA ROCHA (00202532104900000102)		08/10/2020	314	0.35	R\$ 109,90
394536 - I	LAURA DE OLIVEIRA ASSIS (002025253068000005702)		13/10/2020	106	0.35	R\$ 37,10
396000 - I	ANA CAROLINA FERREIRA SILVA ROCHA (00202532104900000103)		14/10/2020	252	0.35	R\$ 88,20
399390 - I	GILDEON SANTOS DE OLIVEIRA (00202522218100003301)		19/10/2020	178	0.35	R\$ 62,30
399396 - I	WALQUIRIA BOMFIM DOS SANTOS OLIVEIRA (00202522218100003302)		19/10/2020	280	0.35	R\$ 98,00
401561 - I	ANA CAROLINA FERREIRA SILVA ROCHA (00202532104900000103)		21/10/2020	159	0.35	R\$ 55,65
403378 - I	BEATRIS PIRES DE MORAIS (00202510550601910301)		23/10/2020	266	0.35	R\$ 93,10

Totalizador

N° de USOs: 2209
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 773,15

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2209
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 773,15

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2209
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 773,15

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: 30/10/2020 09:35

Página 1 de 1