



365094
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/2010	4-Data de Autorização 28/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7826135	7-Data Validade da Senha 25/11/2010
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-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 4130752691		22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (7) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA			27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO 8

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8800	0000		S	08/09/20		Rodolfo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/09/20	44-Tipo de Alimentação ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8800	47-Valor Total R\$ 0000	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:
 Imagem anexada no prontuário do beneficiário

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20 Lucia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Odontista 08/09/20 Lucia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20 Rodolfo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

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



371144
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852856	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202522597200011401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GLOBAL GEOMATICA ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/09/20	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 10/09/20 Lucia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 Lucia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

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



368057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840169	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 do 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 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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/09/20	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 10/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra. Lucia Maria G. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO SP 23.088



361507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808554	7-Data Validade da Senha 19/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531185800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA CRISTINA FERRAZ		14-Telefone 08/02/1990	15-Nome do Titular do plano BRUNA CRISTINA FERRAZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação 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 de Operador / CNPJ / CPF 4130752691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES 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 de Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/09/20		Bruna
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Bruna
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Bruna
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Bruna
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Bruna
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/09/20	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 21/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/20 Bruna	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

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



354690
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/81/20	4-Data de Autorização 13/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7777574	7-Data Validade da Senha 09/11/12/0
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600726501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANDA GOMES DO CARMO GONCALVES		14-Telefone (12) 39517828	15-Nome do titular do plano VANDA GOMES DO CARMO GONCALVES	

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	11	MVP	1	122,00	0,00		S	13/08/20		x Vanda
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/20	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 analisada

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20 x Vanda	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

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



320640
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 04/06/20	4-Data de Autorização 05/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614323	7-Data Validade da Senha 02/09/20
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número do Cartão 00202530127200000101	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 CELIA DE OLIVEIRA LIRA		14-Telefone 04/04/1984	15-Nome do Titular do plano ANA CELIA DE OLIVEIRA LIRA	

Destino do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 - 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 3

30-Taxas	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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/06/20		x Lina
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/06/20		x Lina
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		x Lina
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		x Lina
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/06/20		x Lina
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	17/06/20		x Lina
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	02/09/20		x Lina
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	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, Assinatura e Assinatura do Profissional Solicitante 02/09/20 Lina	51-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/20 Lina	52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/09/20 Lina	53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	---



320644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614374	7-Data Validade da Senha 02/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530127200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROGERIO SANTOS		14-Telefone 01/09/1976	15-Nome do titular do plano ANA CELIA DE OLIVEIRA LIRA			

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 4130752691	22-Nome do Contratado Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	23-Número no CRO 28089	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA		27-Número no CRO 28089	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-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	10/06/20		Lucia
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Lucia
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Lucia
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Lucia
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Lucia
6-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	17/06/20		Lucia
7-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	02/09/20		Lucia
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/09/20	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 300,00	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 02/09/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/09/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Cirurgião Dentista
CRO SP 28.089



375913
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 17/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7873462	7-Data Validade da Senha 14/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532138100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELLEN CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELLEN CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS	
		29/12/1994		

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 4130752691	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/20		Ellen
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/09/20		Ellen
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/09/20		Ellen
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/09/20		Ellen
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/09/20		Ellen
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	0,00		S	21/09/20		Ellen
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00		S	25/09/20		Ellen
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 25/09/20	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 300,00	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 25/09/20 Lucia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Lucia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 Ellen	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

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



374644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867856	7-Data Validade da Senha 13/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GLOBAL GEOMATICA ENGENHARIA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIA MARIA GONCALVES PEREIRA	18-Número no CRO 28089	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

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	21/09/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	P	1	61,00	0,00		S	21/09/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	25/09/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Início e Término do Tratamento 25/09/20	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(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 Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/09/20 Lucia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Lucia Maria G. Pereira Cirurgiã Dentista CRO SP 28.089	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 Fernando	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/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	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
320640 - I	ANA CELIA DE OLIVEIRA LIRA (00202530127200000101)		04/06/2020	300	0.35	R\$ 105,00
320644 - I	ROGERIO SANTOS (00202530127200000102)		04/06/2020	300	0.35	R\$ 105,00
354690 - I	VANDA GOMES DO CARMO GONCALVES (00202510550600726501)		11/08/2020	122	0.35	R\$ 42,70
361507 - I	BRUNA CRISTINA FERRAZ (00202531185800000101)		21/08/2020	178	0.35	R\$ 62,30
365094 - I	RODOLFO APARECIDO SILVA (00202510550600646303)		27/08/2020	88	0.35	R\$ 30,80
368057 - I	SUELI GUIMARAES PAIVA (00202510550601700501)		01/09/2020	178	0.35	R\$ 62,30
371144 - I	FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO (00202522597200011401)		08/09/2020	178	0.35	R\$ 62,30
374644 - I	FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO (00202522597200011401)		14/09/2020	183	0.35	R\$ 64,05
375913 - I	ELLEN CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS (00202532138100000101)		15/09/2020	300	0.35	R\$ 105,00

Totalizador					
				N° de USOs:	1827
				N° de atendimentos:	9
				Valor:	R\$ 639,45

Totalizador da Operadora					
				N° de USOs:	1827
				N° de atendimentos:	9
				Valor:	R\$ 639,45

Totalizador da Clínica					
				N° de USOs:	1827
				N° de atendimentos:	9
				Valor:	R\$ 639,45

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: 30/09/2020 15:36

Página 1 de 1