

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2-Nº 58906

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--------------------------|---|---|--|---------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS 35215-2 | | 3 - Nome da Operadora ARM ODONTOLOGIA LTDA. | | 4 - CNPJ Operadora 00.743.507/0001-35 | | 5 - Data de Início do Processamento 01/08/2023 | | 6 - Data de Fim do Processamento 31/08/2023 | | |
| Dados do Prestador | | | | | | | | | | |
| 7 - Código na Operadora 00111449 | | 8 - Nome do Contratado MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | | 9 - CPF / CNPJ Contratado 456.881.728-51 | | | | |
| Dados do Pagamento | | | | | | | | | | |
| 10 - Data do Pagamento 16/08/2023 | | 11 - Banco 33 | 12 - Agência 2976 | | 13 - Conta 01004947-1 | | | | | |
| Dados do Protocolo | | | | | | | | | | |
| 14 - Número do Lote 8477602 | | 15 - Número do Protocolo 8477602 | | | | | | | | |
| Dados da Guia | | | | | | | | | | |
| 16 - Número da guia no prestador 10000000184849 | | | 17 - Número da guia atribuído pela operadora 10000000184849-001 | | | 18 - Recurso N | 19 - Nome do Profissional Executante MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | |
| 20 - Número da Carteira 10442700000100 | | | 21 - Nome do Beneficiário THALLYS ANDREY DOS SANTOS SOUZA | | | | | | | |
| 22-Tabela | 23-Código Procedimento 32-Valor Franquia (R\$) | 24-Descrição 33-Valor Liberado (R\$) | | 25-Dente/Região 34-Código da Glosa | 26-Face | 27-Data de Realização | 28-Qtde | 29-Valor Informado (R\$) | 30-Valor Processado (R\$) | 31-Valor Glosa/Estorno (R\$) |
| 17 | 81000030 0,00 | CONSULTA ODONTOLÓGICA 0,04 | | ASAI | | 12/06/2023 | 1 | 0,04 | 0,04 | 0,00 |
| 35-Observação / Justificativa | | | | | | | | | | |
| Total da Guia | | | | | | | | | | |
| 36 - Valor Total Informado Guia 0,04 | | 37 - Valor Total Processado Guia (R\$) 0,04 | | 38 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 0,00 | | 39 - Valor Total Franquia Guia (R\$) 0,00 | | 40 - Valor Total Liberado Guia (R\$) 0,04 | | |
| Dados da Guia | | | | | | | | | | |
| 16 - Número da guia no prestador 10000000186962 | | | 17 - Número da guia atribuído pela operadora 10000000186962-001 | | | 18 - Recurso N | 19 - Nome do Profissional Executante MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | |
| 20 - Número da Carteira 524000377.02 | | | 21 - Nome do Beneficiário HENRIQUE MOREIRA GREGORIO | | | | | | | |
| 22-Tabela | 23-Código Procedimento 32-Valor Franquia (R\$) | 24-Descrição 33-Valor Liberado (R\$) | | 25-Dente/Região 34-Código da Glosa | 26-Face | 27-Data de Realização | 28-Qtde | 29-Valor Informado (R\$) | 30-Valor Processado (R\$) | 31-Valor Glosa/Estorno (R\$) |
| 17 | 81000030 0,00 | CONSULTA ODONTOLÓGICA 0,04 | | ASAI | | 15/06/2023 | 1 | 0,04 | 0,04 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | | HAID | | 15/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | | HAIE | | 15/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | | HASD | | 15/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | | HASE | | 15/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 35-Observação / Justificativa | | | | | | | | | | |
| Total da Guia | | | | | | | | | | |
| 36 - Valor Total Informado Guia 44,04 | | 37 - Valor Total Processado Guia (R\$) 44,04 | | 38 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 0,00 | | 39 - Valor Total Franquia Guia (R\$) 0,00 | | 40 - Valor Total Liberado Guia (R\$) 44,04 | | |

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2-Nº 58906

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|-------------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 35215-2 | | 3 - Nome da Operadora ARM ODONTOLOGIA LTDA. | | 4 - CNPJ Operadora 00.743.507/0001-35 | | 5 - Data de Início do Processamento 01/08/2023 | | 6 - Data de Fim do Processamento 31/08/2023 | |
| Dados do Prestador | | | | | | | | | |
| 7 - Código na Operadora 00111449 | | | 8 - Nome do Contratado MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | | 9 - CPF / CNPJ Contratado 456.881.728-51 | | |
| Dados da Guia | | | | | | | | | |
| 16 - Número da guia no prestador 10000000186970 | | | 17 - Número da guia atribuído pela operadora 10000000186970-001 | | 18 - Recurso N | 19 - Nome do Profissional Executante MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | |
| 20 - Número da Carteira 10442700000100 | | | 21 - Nome do Beneficiário THALLYS ANDREY DOS SANTOS SOUZA | | | | | | |
| 22-Tabela 17 | 23-Código Procedimento 32-Valor Franquia (R\$) 86000357 0,00 | 24-Descrição 33-Valor Liberado (R\$) MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO 75,00 | 25-Dente/Região 34-Código da Glosa ASAI | 26-Face | 27-Data de Realização 14/06/2023 | 28-Qtde 1 | 29-Valor Informado (R\$) 75,00 | 30-Valor Processado (R\$) 75,00 | 31-Valor Glosa/Estorno (R\$) 0,00 |
| 35-Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Total da Guia | | | | | | | | | |
| 36 - Valor Total Informado Guia 75,00 | | 37 - Valor Total Processado Guia (R\$) 75,00 | | 38 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 0,00 | | 39 - Valor Total Franquia Guia (R\$) 0,00 | | 40 - Valor Total Liberado Guia (R\$) 75,00 | |
| Dados da Guia | | | | | | | | | |
| 16 - Número da guia no prestador 10000000187252 | | | 17 - Número da guia atribuído pela operadora 10000000187252-001 | | 18 - Recurso N | 19 - Nome do Profissional Executante MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | |
| 20 - Número da Carteira 10456200000100 | | | 21 - Nome do Beneficiário MARIA ANGELA DA SILVA SOUZA | | | | | | |
| 22-Tabela 17 | 23-Código Procedimento 32-Valor Franquia (R\$) 81000030 0,00 | 24-Descrição 33-Valor Liberado (R\$) CONSULTA ODONTOLÓGICA 0,04 | 25-Dente/Região 34-Código da Glosa ASAI | 26-Face | 27-Data de Realização 14/06/2023 | 28-Qtde 1 | 29-Valor Informado (R\$) 0,04 | 30-Valor Processado (R\$) 0,04 | 31-Valor Glosa/Estorno (R\$) 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | HAID | | 14/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | HAIE | | 14/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | HASD | | 14/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 17 | 85300047 0,00 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 11,00 | HASE | | 14/06/2023 | 1 | 11,00 | 11,00 | 0,00 |
| 35-Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Total da Guia | | | | | | | | | |
| 36 - Valor Total Informado Guia 44,04 | | 37 - Valor Total Processado Guia (R\$) 44,04 | | 38 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 0,00 | | 39 - Valor Total Franquia Guia (R\$) 0,00 | | 40 - Valor Total Liberado Guia (R\$) 44,04 | |
| Dados da Guia | | | | | | | | | |
| 16 - Número da guia no prestador 10000000187255 | | | 17 - Número da guia atribuído pela operadora 10000000187255-001 | | 18 - Recurso N | 19 - Nome do Profissional Executante MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | |
| 20 - Número da Carteira 10442700000100 | | | 21 - Nome do Beneficiário THALLYS ANDREY DOS SANTOS SOUZA | | | | | | |

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2-Nº 58906

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|-----------------------|---|---|---|------------------------------|
| 1 - Registro ANS 35215-2 | | 3 - Nome da Operadora ARM ODONTOLOGIA LTDA. | | 4 - CNPJ Operadora 00.743.507/0001-35 | | 5 - Data de Início do Processamento 01/08/2023 | | 6 - Data de Fim do Processamento 31/08/2023 | |
| Dados do Prestador | | | | | | | | | |
| 7 - Código na Operadora 00111449 | | 8 - Nome do Contratado MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | | 9 - CPF / CNPJ Contratado 456.881.728-51 | | | |
| 22-Tabela | 23-Código Procedimento 32-Valor Franquia (R\$) | 24-Descrição 33-Valor Liberado (R\$) | 25-Dente/Região 34-Código da Glosa | 26-Face | 27-Data de Realização | 28-Qtde | 29-Valor Informado (R\$) | 30-Valor Processado (R\$) | 31-Valor Glosa/Estorno (R\$) |
| 17 | 85100196 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 28,00 | 13 | V | 27/06/2023 | 1 | 28,00 | 28,00 | 0,00 |
| 17 | 85100196 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 28,00 | 43 | V | 27/06/2023 | 1 | 28,00 | 28,00 | 0,00 |
| 17 | 85100196 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 28,00 | 44 | V | 27/06/2023 | 1 | 28,00 | 28,00 | 0,00 |
| 35-Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Total da Guia | | | | | | | | | |
| 36 - Valor Total Informado Guia 84,00 | | 37 - Valor Total Processado Guia (R\$) 84,00 | | 38 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 0,00 | | 39 - Valor Total Franquia Guia (R\$) 0,00 | | 40 - Valor Total Liberado Guia (R\$) 84,00 | |
| Dados da Guia | | | | | | | | | |
| 16 - Número da guia no prestador 10000000187342 | | | 17 - Número da guia atribuído pela operadora 10000000187342-001 | | 18 - Recurso N | | 19 - Nome do Profissional Executante MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | |
| 20 - Número da Carteira 524000377.02 | | | 21 - Nome do Beneficiário HENRIQUE MOREIRA GREGORIO | | | | | | |
| 22-Tabela | 23-Código Procedimento 32-Valor Franquia (R\$) | 24-Descrição 33-Valor Liberado (R\$) | 25-Dente/Região 34-Código da Glosa | 26-Face | 27-Data de Realização | 28-Qtde | 29-Valor Informado (R\$) | 30-Valor Processado (R\$) | 31-Valor Glosa/Estorno (R\$) |
| 17 | 85100200 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES 36,00 | 17 | L/P-O/I | 20/06/2023 | 1 | 36,00 | 36,00 | 0,00 |
| 17 | 85100200 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES 0,00 | 37 | D-O/I | 20/06/2023 | 1 | 36,00 | 36,00 | 36,00 |
| 17 | 85100196 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 28,00 | 3031 27 | O/I | 20/06/2023 | 1 | 28,00 | 28,00 | 0,00 |
| 17 | 85100196 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 28,00 | 13 | D | 20/06/2023 | 1 | 28,00 | 28,00 | 0,00 |
| 17 | 85100200 0,00 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES 36,00 | 14 | D-O/I | 20/06/2023 | 1 | 36,00 | 36,00 | 0,00 |
| 35-Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Total da Guia | | | | | | | | | |
| 36 - Valor Total Informado Guia 164,00 | | 37 - Valor Total Processado Guia (R\$) 164,00 | | 38 - Valor Total Glosa Guia (R\$) 36,00 | | 39 - Valor Total Franquia Guia (R\$) 0,00 | | 40 - Valor Total Liberado Guia (R\$) 128,00 | |
| Total do Protocolo | | | | | | | | | |
| 41-Valor Total Informado Protocolo (R\$) 0,00 | | 42-Valor Total Processado Protocolo (R\$) 411,12 | | 43-Valor Total Glosa Protocolo (R\$) 0,00 | | 44-Valor Total Franquia Protocolo (R\$) 0,00 | | 45-Valor Total Liberado Protocolo (R\$) 375,12 | |
| Total por Data de Pagamento | | | | | | | | | |

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2-Nº 58906

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|---|---|---|--|
| 1- Registro ANS 35215-2 | | 3 - Nome da Operadora ARM ODONTOLOGIA LTDA. | | 4 - CNPJ Operadora 00.743.507/0001-35 | | 5 - Data de Início do Processamento 01/08/2023 | | 6 - Data de Fim do Processamento 31/08/2023 | |
| Dados do Prestador | | | | | | | | | |
| 7 - Código na Operadora 00111449 | | | 8 - Nome do Contratado MICAEL DE OLIVERIA CAVALCANTE * | | | | 9 - CPF / CNPJ Contratado 456.881.728-51 | | |
| 46-Valor Total Informado por Data de Pagamento 411,12 | | 47-Valor Total Processado por Data de Pagamento 411,12 | | 48-Valor Total Glosa por Data de Pagamento 0,00 | | 49-Valor Total Franquia por Data de Pagamento 0,00 | | 50-Valor Total Liberado por Data de Pagamento (R\$) 375,12 | |
| Demais débitos / créditos por Data de Pagamento | | | | | | | | | |
| 51-Indicação <div><div></div><div></div></div> | | 52-Código do débito/crédito <div><div></div><div></div></div> | | 53-Descrição de débito/crédito <div></div> <div></div> | | | 54-Valor <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> | | |
| Total Geral por Data de Pagamento | | | | | | | | | |
| 55-Valor Total de Demais Débitos por Data de Pagamento (R\$) 0,00 | | 56-Valor Total de Demais Créditos por Data de Pagamento (R\$) 0,00 | | 57-Valor Final a Receber por Data de Pagamento 375,12 | | | | | |
| Total do Demonstrativo | | | | | | | | | |
| 58-Valor Total Informado (R\$) 411,12 | | 59-Valor Total Processado(R\$) 375,12 | | 60-Valor Geral Glosa (R\$) 36,00 | | 61-Valor Total Franquia (R\$) 0,00 | | 62-Valor Total Liberado (R\$) 375,12 | |
| Demais débitos / créditos do Demonstrativo | | | | | | | | | |
| 63-Indicação D | | 64-Código do débito/crédito 03 | | 65-Descrição de débito/crédito Instituto nacional de seguridade social (INSS) | | | 66-Valor 24,76 | | |
| Total Geral do Demonstrativo | | | | | | | | | |
| 67-Valor Total de Demais Débitos (R\$) 49,52 | | 68 - Valor Total de Demais Créditos (R\$) 0,00 | | 69-Valor Final a Receber (R\$) 350,36 | | | | | |
| 70 - Observação | | | | | | | | | |