

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



682462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2021 4-Data de Autorização 12/06/2021 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8993481 7-Data Validade da Sentença 12/04/2021

8-Número da Carteira 100210215412116700000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Plano NEIDE DA SILVA FERNANDES 14-Telefone 24/08/1979 15-Nome do titular do plano NEIDE DA SILVA FERNANDES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

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	0101810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			18/09/2021		
2	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			18/09/2021		
3	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			18/09/2021		
4	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			18/09/2021		
5	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			18/09/2021		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/09/2021 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 1178,00 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 18/09/2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/2021 52-Data, local e Assinatura do Responsável 18/09/2021 53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/09/2021

Assinatura do Profissional Contratado: [Assinatura]

2-N

682449
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

MILENA FERNANDES DE MIRANDA

29/09/2006

NEIDE DA SILVA FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

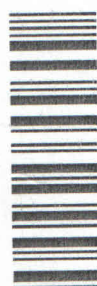
48-Total Franquia / Co-participação R\$ _____,_____.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas para o 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), fulcram 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

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2007-07-17
da



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/09 4-Data de Autuação 11/11/09 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9044950 7-Data Validade da Senha 11/01/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210254019560101010101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome NICOLY MARJORE CANDIDO GRANEIRO DA SIL 14-Telefone 04122007 15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA CANDIDO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 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	010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61100	010100	11/11/09	12/11		
2	010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61100	010100	11/11/09	12/11		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/09 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 11121010 47-Valor Total R\$ 11101010 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 11/11/09/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/09/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09/12/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/09/12/11

Assinatura do Profissional Contratado: 11/11/09/12/11

2-N-7



Q

718681
INTERCÂMBIO

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

NEIDE DA SILVA FERNANDES

025 -

Enviar - RX

29-Código CBO S

--	--

Ativo da Glosa 42 Assinatura

42: Assinatura

48- Total Franquia / Co-participação R\$

valores em

...



1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 12/05/09 4. Data de Autorização 12/05/09 5. Semina AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 9105312 7. Data Validade da Semina 12/04/11 12/02/11

8. Número da Carteira 1002102541216700000101021 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11. Data Validade da Carteira 11/11/11 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome MILLENA FERNANDES DE MIRANDA 29/09/2006 14. Telefone () - - - - - 15. Nome de Indicar do plano NEIDE DA SILVA FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16. Atendimento a RN 17. Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18. Número no CRO 55391 19. UF SP 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 22. Nome do Contratado - Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23. Número no CRO 55391 24. UF SP 25. Código CNE S

26. Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27. Número no CRO 55391 28. UF SP 29. Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																				
30. Tabela	31. Código 76	Procedimento		32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	35. Ord	36. Quantidade	37. Valor	38. Franquia/Co-participação	39. Anl	40. Data de Realização	41. Motivo da Guia	42. Assinatura						
1	00	18	5	1	0	1	9	6												
2	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
3	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
4	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
5	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
6	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
7	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
8	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
9	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
10	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
11	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
12	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
13	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
14	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
15	0	0	8	5	1	0	1	9	6											
43. Data Previsto Tempo do Tratamento														44. Tipo de Atendimento						
23/05/21														☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45. Tipo de Tratamento														46. Total Quantidade US	47. Valor Total R\$	48. Total Franquia / Co-participação R\$				
1-Total 2-Parcial														1	2	2	0	0		
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. Devido, 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																				

43. Data Previsto Tempo do Tratamento 12/10/09 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 1 2 2 0 0 47. Valor Total R\$ 10 0 0 0 48. Total Franquia / Co-participação R\$ 49. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/09/11 50. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/09/11 51. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/09/11 52. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/09/11 53. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/09/11 54. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/09/11 55. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/09/11 56. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10