

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CNPJ nº 13.550.111/0001-90

CNPJ nº 13.550.111/0001-90

2ª F



659286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 13/11/08 11/21	3-Data de Autorização 13/11/08 11/21	4-Sinthe AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 8935410	6-Data Válida de Série 11/11/11/21
-----------------------	--	--------------------------------------	---------------------	------------------------------------	------------------------------------

7-Endereço do Beneficiário 0101202531171118000451011	8-Fone POS REDE PRESTADORA	9-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A	10-Data Válida de Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

12-Nome LILIAN GOMES DE MELO DE FRANCA	13-Data 25/12/1988	14-Idade (11) 11	15-Nome do titular do plano LILIAN GOMES DE MELO DE FRANCA
--	--------------------	------------------	--

16-Atendimento a Rm N	17-Nome do Profissional Substituto MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-LUF SP	20-Código CBO 5	21-025 - Faturar Empresa
-----------------------	--	-------------------------	-----------	-----------------	--------------------------

22-Código na Operadora CNPJ/CPF 131512655748173	23-Nome do Contratado Encarregado MARIANA GIORDANO PANICO	24-LUF SP	25-Código CBO 5
---	---	-----------	-----------------

26-Nome do Profissional Encarregado MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-LUF SP	29-Código CBO 5
---	-------------------------	-----------	-----------------

30-Tipo 1	31-Código de 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-Justificativa
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------------------------

1-01018101000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA											
2-01018153010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD										
3-01018153010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE										
4-01018153010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD										
5-01018153010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE										
6-01018151001196	RESTAURAÇÃO RESINA		11	V								
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição Faturar do Tratamento 13/11/08	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 1239100	47-Valor Total R\$ 101100	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	--------------------------------	---------------------------	---

Declaro, que sou o responsável assinante 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), 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 Substituto RIGOBERTO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista RIGOBERTO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável RIGOBERTO	53-Data, local e Carimbo de Empresa RIGOBERTO
--	---	--	---



633712
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 24/07/2011	4-Data de Autorização 13/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Original 8857039	7-Caixa Validade da Senha 22/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---

8-Plano de Beneficiário 000202025105050601648102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PEDRO SAMUEL CIPRIANO DOS PASSOS	14-Telefone 10/02/2015 () - () - ()	15-Nome do titular do plano FERNANDA TOBIAS CIPRIANO
---	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a SRN N	17-Nome do Profissional Substituto MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	225 -
---------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3552265574873	23-Nome do Contratado Específico MARIANA GIORDANO PANICO	24-UF SP	25-Código CHES	Faturar Empresa
--	---	-------------	----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Específico MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class. 42-Assinatura
1	0010810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34000	00000			13/08/2011	
2	0010840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR				72000	00000			13/08/2011	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/08/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quotiente US 106100	47-Valor Total RS 00000	48-Total Franquia / Co-participação RS 00000
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), foram realizados 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.

Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento: _____

Assinatura do Profissional Substituto: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Assinatura do Profissional Específico: _____

Digitalizada com CamScanner

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2021

Cirurgião Dentista: MARIANA GIORDANO PANICO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 123201/SP

Cirurgião Dentista: (16953) - MARIANA GIORDANO PANICO

Gula	Nome	Não Paga	DI Gula	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
633712 - I	PEDRO SAMUEL CIPRIANO DOS PASSOS (00202510550601648102)		24/07/2021	106	0.32	R\$ 33,92
659286 - I	LILIAN GOMES DE MELO DE FRANCA (00202531711800045101)		13/08/2021	239	0.32	R\$ 76,48
667633 - I	ALAN FREITAS NOGUEIRA (00202533104300006702)		19/08/2021	239	0.32	R\$ 76,48

Totalizador

N° de USOs:	584
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 186,88

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	584
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 186,88

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	584
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 186,88

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

Gulas: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 31/08/2021 10:57

Página 1 de 1