



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



466181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/01/12/11	4-Data de Autorização 11/11/11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8252187	7-Data Validada da Senha 10/11/01/15/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/01/20/25/34/58/81/50/00/01/01/04	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / ONRJ / CPF 14/57/514/07/818/7011	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd
1-00018400011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1
2-00018400011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1
3-00018400011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1
4-00018400011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1
5-11111111111111					
6-11111111111111					
7-11111111111111					
8-11111111111111					
9-11111111111111					
10-11111111111111					
11-11111111111111					
12-11111111111111					
13-11111111111111					
14-11111111111111					
15-11111111111111					
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/02/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-1-7-Tratamento Odontológico			45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 11111111111111
47-Valor Total R\$ 11111111111111			48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111111111		

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), ocorreram 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

11/11/02/11/11 IZABELLA ANTUNES

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/02/11/11 IZABELLA ANTUNES

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/02/11/11 CARLOS R.S.

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11/11



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 12/14/01/12/11		4-Data de Autorização 11/11/11/11		5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO		6-Número da Guia Principal 8228047		7-Data Validada da Senha 12/14/01/12/11		460902 INTERCÂMBIO																													
8-Número da Carteira 0002012534581500000101014												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																							
13-Nome CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA												14-Tipo de Atendimento 18/06/2005		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA																									
16-Atendimento a RV IZABELLA ANTUNES												17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES		18-Número no CRO 137861		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -																							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41571540178871011												22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861		24-UF SP		25-Código CNES																							
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES												27-Número no CRO 137861		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							
1-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		16		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
2-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		17		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
3-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		15		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
4-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		26		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
5-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		27		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
6-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		47		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
7-001851010191611												RESTAURAÇÃO RESINA		46		0		1		6		1		0		0		0		1		2		9		10		11/12/11		X Carlos R. S.	
8-11111111111111111111																																									
9-11111111111111111111																																									
10-11111111111111111111																																									
11-11111111111111111111																																									
12-11111111111111111111																																									
13-11111111111111111111																																									
14-11111111111111111111																																									
15-11111111111111111111																																									
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/12/11												44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 110,00		47-Valor Total R\$ 110,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110,00																					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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

53-Data: local e Carimbo da Empresa

Nome do Autor - Assinatura do Beneficiário / Beneficiária

1000

50 Data local e Associações de Clima/No Data Collection



2-Nº

53. Nota local e Carimbo da Empresa

652-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/04/2024 *Apollonia Oliveira*

O-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 11/2/11	4-Data de Autorização 13/11/01 11/2/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230474	7-Data Validade da Senha 12/5/10 14/12/11	461407 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 001201253145815000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MARCELA CRISTINA MARQUES SILVEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO DA SILVEIRA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14157151410781870111	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US
1-001840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3	5	0010
2-001840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3	5	0010
3-001840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3	5	0010
4-001840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3	5	0010
5-111111111111						
6-111111111111						
7-111111111111						
8-111111111111						
9-111111111111						
10-111111111111						
11-111111111111						
12-111111111111						
13-111111111111						
14-111111111111						
15-111111111111						
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/8/10 21/12/11						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial						
46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial						
47-Valor Total R\$ 11401010						
48-Total Quantidade US 11401010						
49-Total Franquia / Co-participação R\$ 11401010						

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 10/8/10 21/12/11 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/8/10 21/12/11 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/8/10 21/12/11 Carlos Roberto R.S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---



2-Nº

53-Data local e Carimbo da Empresa

Assinatura do Beneficiário / Responsável

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/2017
Sofia Onimus

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: MARÇO/2021

CRO: 137861/SP

Cirurgião Dentista: (17876) - IZABELLA ANTUNES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
460895 - I	MARCELA CRISTINA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000103)		24/01/2021	549	0.3	R\$ 164,70
460897 - I	SOPHIA ELLEM MARQUES SILVEIRA (00202534588500000102)		24/01/2021	732	0.3	R\$ 219,60
460899 - I	MARCELA CRISTINA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000103)		24/01/2021	366	0.3	R\$ 109,80
460900 - I	CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000104)		24/01/2021	34	0.3	R\$ 10,20
460902 - I	CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000104)		24/01/2021	427	0.3	R\$ 128,10
461407 - I	MARCELA CRISTINA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000103)		25/01/2021	140	0.3	R\$ 42,00
466181 - I	CARLA ROBERTA MARQUES SILVEIRA (00202534588500000104)		31/01/2021	140	0.3	R\$ 42,00
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:	2388	
				Nº de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 716,40	
Totalizador						
				Nº de USOs:	2388	
				Nº de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 716,40	

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 01/03/2021 22:12

Página 1 de 1