

201 45 fl

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

743133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/18/11 01/12/11	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9182185	7-Data Validade da Sinistra 11/16/11 01/12/12
8-Número da Carteira 01012025424171800000101011				
9-Plano POS REDE PRESTADORA				
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				
11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome MAURO SILVA MORAES DOS SANTOS				
14-Telefone (11) 1111111111				
15-Nome do titular do plano MAURO SILVA MORAES DOS SANTOS				

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TAINARA ALBIASETTI		18-Número no CRO 135925		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1191102569604		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES 7240031	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S 09		29-Código CBO S 09	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-0101811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	178,00	0,00	0,00	S	05/11/2021	KIMURA
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 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\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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. 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 v 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2021 MAURO SILVA	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 05/11/2021	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/11/2021
---	---	--	--

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
05/11/2021



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



722041
INTERCÂMBIO

722041 INTERCÂMBIO		7-Data de Emissão da Guia 12 8 0 9 1 2 1		4-Data de Autorização 13 0 1 0 9 1 2 1		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9115709		7-Data Validade da Sineta 12 7 1 1 2 1 2 1	
Dados do Beneficiário											
1-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 2 5 0 6 3 9 0 0 0 0 1 0 3				2-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA EMILIA CUNHA ALVES				31/03/1988		14-Telefone (1 6 1) 3 4 1 4 1 7 0 7 4		15-Nome do titular do plano REGINA NOBREGA CUNHA ALVES			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA				18-Número no CRO 125460		19-UF SP		20-Código CBO S 01	
21-Código na Opção de CNPJ / CPF 1 9 1 0 1 2 5 6 9 6 0 4 1 1				22-Nome do Contratado Excitante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES 7240031	
26-Nome do Profissional Excitante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES						27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S 09	
Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA,											

[illegible]

Declaro, ainda que o(s) procediment(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), buforam 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.

[illegible]

193 5940

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

717695
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Ficha
12/3/11 12/12/111-Número da Guia Principal
91023025-Sinistro
AUTORIZADO4-Data de Autorização
30/11/09 11/12/113-Data de Emissão da Guia
24/10/09 11/12/11*Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

Ratificação da Carteira

10-020202538003300000001012

(9-Plano)

POS REDE PRESTADORA

(10-Empresa)

DENTAL UNI COOPERATIVA

(11-Data Validade da Guia)

11/11/11

15-Nome do Autor: Zélio

FABIO DE BRITO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acordamento a RN

N

(17-Nome do Profissional Solicitante)

VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

(18-Número no CRO)

125460

(19-UF)

SP

20-Código CBO S

01

21-Código de Atividade

7240031

22-Código CBO S

09

23-Nome do Contratado Executante

LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

24-Código de Procedimento

119110215169604

25-Nome do Profissional Executante

LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Data de Realização

04/10/2011

27-Motivo da Causa 42-Assignatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-001810010405

32-Descrição

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região

1

34-Face

1

35-Ord

1

36-Quantidade US

17800

37-Valor

000

38-Franquia da Co-participação R\$

000

39-Aut

S

40-Data de Realização

04/10/2011

41-Motivo da Causa 42-Assignatura

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Total de Atendimento

46-Total Quantitativo US

7800

47-Valor Total R\$

000

48-Total Franquia / Co-participação R\$

000

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data local e Cartão da Empresa

54-Data local e Cartão da Empresa

55-Data local e Cartão da Empresa

56-Data local e Cartão da Empresa

57-Data local e Cartão da Empresa

58-Data local e Cartão da Empresa

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), 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.

59-Observação

60-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

61-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

63-Data local e Cartão da Empresa

64-Data local e Cartão da Empresa

65-Data local e Cartão da Empresa

66-Data local e Cartão da Empresa

67-Data local e Cartão da Empresa

68-Data local e Cartão da Empresa

69-Data local e Cartão da Empresa

70-Data local e Cartão da Empresa

71-Data local e Cartão da Empresa

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário Responsável



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



734731
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 6 / 0 1 / 2 2

6-Número da Guia Principal
9156452

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 8 / 1 1 / 0 2 1

3-Data de Emissão da Guia
0 8 / 1 1 / 0 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 2 2 8 2 6 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
ARIADNI DEARIO BOENIARES PERES

15-Nome do titular do plano
ARIADNI DEARIO BOENIARES PERES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 21354	19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 9 1 0 2 1 5 6 9 6 0 4	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354	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
1-0 0 3 4 5		DOC ORTODONTICA "A"			1	3 8 1 0 0		0 0 0	S	13/10/21	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 3 8 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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), (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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/21 x Ariadni P.	53-Data, local e Carimbo de Empresa 13/11/21
--	--	--	---

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
CRO 21354

whats

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



714372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/09 11:21		5-Será AUTORIZADO		16-Número da Guia Principal 9088048		7-Data Validade da Guia 12/11/12 11:21	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 10020253748470000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome ALINE CRISTINA DE ALMEIDA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALINE CRISTINA DE ALMEIDA		16-Número no CRO 125460		19-UF SP	
17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA		20-Código CBO S 01		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19102569604		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		24-UF SP	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19102569604		25-Código CNES 7240031		26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP	
29-Código CBO S 09		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	
34-Face		35-Ord		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura					
1		1		1		78,00		0,00	
2		1		1		1		1	
3		1		1		1		1	
4		1		1		1		1	
5		1		1		1		1	
6		1		1		1		1	
7		1		1		1		1	
8		1		1		1		1	
9		1		1		1		1	
10		1		1		1		1	
11		1		1		1		1	
12		1		1		1		1	
13		1		1		1		1	
14		1		1		1		1	
15		1		1		1		1	
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Anestésico		45-Exame Radiológico		46-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia/Emergência		47-Valor Total R\$	
11/11/11		1		1		1		78,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Valor Total R\$		50-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável		51-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
0,00		78,00		10/10/10 11:21		10/10/10 11:21		10/10/10 11:21	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, a(s) e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assessor 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
CRO 21354

[illegible]

713196
INTERCÂMBIO

Dr. Luiz Carlos Ferraz
CRO 21354

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 à 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 tratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos assumidos pelo profissional contratado.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

659366
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/11/11 11/12/11

6-Número da Guia Principal
8935605

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/08 11/12/11

3-Data de Emissão da Guia
11/13/08 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101020251055060100107031

13-Nome
CELIA MARIA FRANCISCO CAPELARI

12-Data de Nascimento
22/06/1954

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
119102569604

22-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23-Número no CRO
21354

24-UF
SP

25-Código CNES
7240031

28-UF
SP

29-Código CBO S
09

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
34-Face
35-Otd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Classe 42-Assinatura

1-001811010405

2-1

3-1

4-1

5-1

6-1

7-1

8-1

9-1

10-1

11-1

12-1

13-1

14-1

15-1

16-1

17-1

18-1

19-1

20-1

21-1

22-1

23-1

24-1

25-1

26-1

27-1

28-1

29-1

30-1

31-1

32-1

33-1

34-1

35-1

36-1

37-1

38-1

39-1

40-1

41-1

42-1

43-1

44-1

45-1

46-1

47-1

48-1

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11 11/12/11

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
7810101

47-Valor Total R\$
1010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1010101

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11 11/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

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. 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/11



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1947585



2.º

731003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2011	4-Data de Autorização 06/11/2011	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9144677	7-Data Validade da Sineta 04/10/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601749801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome DULCELINA APARECIDA CAMPESI DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DULCELINA APARECIDA CAMPESI DA SILVA	16-Número no CRO 125460	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA	18-Data Validade da Carteira 11/11/11
19-UF SP	20-Código CBO \$ 01	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191102569604	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP
25-Código CNES 7240031	26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354	28-UF SP	29-Código CBO \$ 09	30-Tabela 31-Código do Procedimento 81010405
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 78,00	37-Valor 0,00
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 18/10/2011	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 18/10/2011	43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	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), 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

18/10/2011 18/10/2011 18/10/2011 18/10/2011

194 f4f1 D.E. 18/10/21



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

739135
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2021		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9169283		7-Data Validade da Senha 12/10/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
8-Número da Carteira 002020253706190000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira			
13-Nome JOAO ANTONIO HILARIO DE OLIVEIRA				27/06/1999				14-Telefone				15-Nome do titular do plano JOAO ANTONIO HILARIO DE OLIVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												025 - Faturar Empresa			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09		21-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405		22-Código CBO S (I) 81000421- (I) 305			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1191021569604		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES		26-UF SP		27-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S		30-UF SP		31-Código CBO S		32-UF SP			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US			
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78000		000		000		000			
2-0081000421		RX PERIAPICAL		1		14000		000		000		000			
3-00305		FOTOS E SLIDES		1		28000		000		000		000			
4-00000															
5-00000															
6-00000															
7-00000															
8-00000															
9-00000															
10-00000															
11-00000															
12-00000															
13-00000															
14-00000															
15-00000															
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação			
11/11/2021		1-1-Atendimento		1-Total 2-Parcial		120000		00000		00000		00000			
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.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário		53-Data, local e Assinatura da Empresa		54-Data, local e Assinatura da Empresa		55-Data, local e Assinatura da Empresa		56-Data, local e Assinatura da Empresa			
11/11/2021		11/11/2021		18/10/2021		18/10/2021		18/10/2021		18/10/2021		18/10/2021			

CR0 21354

2040668

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011		4-Data de Autorização 12/07/2011		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9177952		7-Data Validade da Sineta 11/01/2011		741694 INTERCÂMBIO																																															
Dados do Beneficiário																																																											
8-Número da Carteira 010202510550601292803				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																													
13-Nome LUCILENE SOARES DA SILVA												14-Telefone (11) 61372218718		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE PEREIRA DA SILVA NETO KLEIZER																																													
16-Atendimento a RN N												17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA		18-Número no CRO 125460		19-UF SP		20-Código CBO S 01		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11911021569604																																							
22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES												23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES 7240031		26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S 09		30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0018101010405		32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Ord 1		36-Quantidade US 78100		37-Valor 0100		38-Franquia/Co-participação R\$ 0100		39-Aut S		40-Data de Realização 11/05/2011		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 11/05/2011													
43-Data Previsto Término do Tratamento												44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial		46-Total Quantidade US 78100		47-Valor Total R\$ 0100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100																																							
49-Observação												50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante												51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												52-Data, local e Assinatura do Profissional												53-Data, local e Carimbo da Empresa											

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), bulham 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.

19. Observação



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

204 0529



2-Nº

738943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2011	4-Data de Autorização 05/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9168668	7-Data Validade da Senha 12/10/11	2-Nº 738943 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020212510151050601793803	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LAURA TORRES						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano LUCIANO VANDERLEI TORRES						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA	18-Número no CRO 125460	19-UF SP	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R. Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA,	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119102251696014	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES 7240031	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354		28-UF SP	29-Código CBO S 09		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-00181000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	37-Valor 0,00
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 78,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Paciente / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Cópia da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
CRO-21354

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 09/12/11	4-Data de Autorização 10/04/11 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9102230	7-Data Validade da Senha 12/31/12 12/11	717679 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10/02/02 5374769000010101						
12-Número do Cartão Nacional de Saúde						

13-Nome ANGELA MARIA DE SOUSA		14-Teléfono ()		15-Nome do titular do plano ANGELA MARIA DE SOUSA	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA		18-Número no CRO 125460		19-UF SP		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA,	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1191102569604		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES 7240031		26-Código CBO S 09	
28-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		29-Código CBO S 09		30-UF SP		31-Código CBO S 09		32-UF SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00				12/01/11	Assinatura					
2-																
3-																
4-																
5-																
6-																
7-																
8-																
9-																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 obrigações 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), tiveram 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11 11/12/11 Assinatura	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/11 11/12/11 Assinatura	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/01/11 11/12/11 Assinatura
---------------	--	--	---	--	--

OdontoLife®

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

782214
INTERCÂMBIO

[illegible]

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), 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Luiz Carlos Ferrreira Pires
CRO 21354
radiologista



2-Nº

731065
INTERCÂMBIO[illegible]

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.

19-Observation

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/3/11 11:11 AM

M. Luiz Carlos Ferreira Pires

CRD 21354

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2066134



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/09/12/11	4-Data de Autorização 10/05/11/12/11	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9041063	7-Data Validade da Serha 10/09/11/12/12/11	698607 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 101020251105501601819197031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LUI LOUSADA FERREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROBERTA LOUSADA	16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA	18-Número no CBO 125460	19-UF SP	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119102516960411	21-Código do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES 7240031	26-Código CBO S 09	
27-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	28-UF SP	29-Código CBO S 09	30-Quantidade US 1	31-Quantidade US 7800	32-Quantidade US 01	33-Quantidade US 01	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
34-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	35-Face 1	36-Face 1	37-Valor 1	38-Fratura/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut 1	40-Data de Realização 11/11/11	
41-Motivo da Classe 42-Assinatura Lui Lousada							
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11							44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Valor Total R\$ 0,00							46-Valor Total R\$ 0,00
47-Valor Total R\$ 0,00							48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
49-Observação							50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11							52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
53-Data, local e Assinatura 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.							54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

717265
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019 12:11		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9101129		7-Data Validade da Sineta 12/03/2021 12:11		717265 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Dados do Beneficiário										Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
8-Número da Carteira 0002025418536000000101					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 LEANDRA CRISTINA DOS SANTOS COSTA										14-Telefone (11) 11111111										15-Nome do titular do plano LEANDRA CRISTINA DOS SANTOS COSTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
16-Atendimento a RN N										17-Nome do Profissional Solicitante TAINARA ALBIASETTI										18-Número no CRO 135925										19-UF SP										20-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 19102569604										22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES										23-Número no CRO 21354										24-UF SP										25-Código CNES 7240031										26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES										27-Número no CRO 21354										28-UF SP										29-Código CBO S 09										25-Atendimento a RN N										26-Atendimento a RN N										27-Atendimento a RN N										28-Atendimento a RN N										29-Atendimento a RN N										30-Atendimento a RN N										31-Atendimento a RN N										32-Atendimento a RN N										33-Atendimento a RN N										34-Atendimento a RN N										35-Atendimento a RN N										36-Atendimento a RN N										37-Atendimento a RN N										38-Atendimento a RN N										39-Atendimento a RN N										40-Atendimento a RN N										41-Atendimento a RN N										42-Atendimento a RN N										43-Atendimento a RN N										44-Atendimento a RN N										45-Atendimento a RN N										46-Atendimento a RN N										47-Atendimento a RN N										48-Atendimento a RN N										49-Atendimento a RN N										50-Atendimento a RN N										51-Atendimento a RN N										52-Atendimento a RN N										53-Atendimento a RN N										54-Atendimento a RN N										55-Atendimento a RN N										56-Atendimento a RN N										57-Atendimento a RN N										58-Atendimento a RN N										59-Atendimento a RN N										60-Atendimento a RN N										61-Atendimento a RN N										62-Atendimento a RN N										63-Atendimento a RN N										64-Atendimento a RN N										65-Atendimento a RN N										66-Atendimento a RN N										67-Atendimento a RN N										68-Atendimento a RN N										69-Atendimento a RN N										70-Atendimento a RN N										71-Atendimento a RN N										72-Atendimento a RN N										73-Atendimento a RN N										74-Atendimento a RN N										75-Atendimento a RN N										76-Atendimento a RN N										77-Atendimento a RN N										78-Atendimento a RN N										79-Atendimento a RN N										80-Atendimento a RN N										81-Atendimento a RN N										82-Atendimento a RN N										83-Atendimento a RN N										84-Atendimento a RN N										85-Atendimento a RN N										86-Atendimento a RN N										87-Atendimento a RN N										88-Atendimento a RN N										89-Atendimento a RN N										90-Atendimento a RN N										91-Atendimento a RN N										92-Atendimento a RN N										93-Atendimento a RN N										94-Atendimento a RN N										95-Atendimento a RN N										96-Atendimento a RN N										97-Atendimento a RN N										98-Atendimento a RN N										99-Atendimento a RN N										100-Atendimento a RN N										101-Atendimento a RN N										102-Atendimento a RN N										103-Atendimento a RN N										104-Atendimento a RN N										105-Atendimento a RN N										106-Atendimento a RN N										107-Atendimento a RN N										108-Atendimento a RN N										109-Atendimento a RN N										110-Atendimento a RN N										111-Atendimento a RN N										112-Atendimento a RN N										113-Atendimento a RN N										114-Atendimento a RN N										115-Atendimento a RN N										116-Atendimento a RN N										117-Atendimento a RN N										118-Atendimento a RN N										119-Atendimento a RN N										120-Atendimento a RN N										121-Atendimento a RN N										122-Atendimento a RN N										123-Atendimento a RN N										124-Atendimento a RN N										125-Atendimento a RN N										126-Atendimento a RN N										127-Atendimento a RN N										128-Atendimento a RN N										129-Atendimento a RN N										130-Atendimento a RN N										131-Atendimento a RN N										132-Atendimento a RN N										133-Atendimento a RN N										134-Atendimento a RN N										135-Atendimento a RN N										136-Atendimento a RN N										137-Atendimento a RN N										138-Atendimento a RN N										139-Atendimento a RN N										140-Atendimento a RN N										141-Atendimento a RN N										142-Atendimento a RN N										143-Atendimento a RN N										144-Atendimento a RN N										145-Atendimento a RN N										146-Atendimento a RN N										147-Atendimento a RN N										148-Atendimento a RN N										149-Atendimento a RN N										150-Atendimento a RN N										151-Atendimento a RN N										152-Atendimento a RN N										153-Atendimento a RN N										154-Atendimento a RN N										155-Atendimento a RN N										156-Atendimento a RN N										157-Atendimento a RN N										158-Atendimento a RN N										159-Atendimento a RN N										160-Atendimento a RN N										161-Atendimento a RN N										162-Atendimento a RN N										163-Atendimento a RN N										164-Atendimento a RN N										165-Atendimento a RN N										166-Atendimento a RN N										167-Atendimento a RN N										168-Atendimento a RN N										169-Atendimento a RN N										170-Atendimento a RN N										171-Atendimento a RN N										172-Atendimento a RN N										173-Atendimento a RN N										174-Atendimento a RN N										175-Atendimento a RN N										176-Atendimento a RN N										177-Atendimento a RN N										178-Atendimento a RN N										179-Atendimento a RN N										180-Atendimento a RN N										181-Atendimento a RN N										182-Atendimento a RN N										183-Atendimento a RN N										184-Atendimento a RN N										185-Atendimento a RN N										186-Atendimento a RN N										187-Atendimento a RN N										188-Atendimento a RN N										189-Atendimento a RN N										190-Atendimento a RN N										191-Atendimento a RN N										192-Atendimento a RN N										193-Atendimento a RN N										194-Atendimento a RN N										195									



756436
INTERCÂMBIO

756436

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CFF 11911025161960141111	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354
18-Número no CRO 21354	19-UF SP
20-Código CBO S 09	25-Código CNES SP
025 - Faturar Empresa	
Enviar - RX (I) 81000405	
28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Enxova/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data d		
93 Dezembro									

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos e alternativas de tratamento, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
			12/06/11 12:11 <i>ex. Juvenal - f</i>	12/06/11 10/11 01



GUÍA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 0 3 / 1 1 / 1 2 1 1	3-Data de Autorização 0 3 / 1 1 / 1 2 1 1	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9247603	6-Data Validade da Guia 1 0 / 1 1 / 0 1 2 1 / 1 2 1 2
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 4 2 3 9 4 0 0 0 0 0 1 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
13-Nome GEYSSON SEVERINO PIRES DA SILVA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Telefone (_) _ _ _ _ - _ _ _ _			15-Nome do titular do plano GEYSSON SEVERINO PIRES DA SILVA		
02/07/1976					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17- Nome do Profissional Solicitante		18- Número no CRO		19- UF		20- Código CBO S		025 -	
N		CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		21354		SP		09		Faturar Empresa	
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF		22- Nome do Contratado / Executante		23- Número no CRO		24- UF		25- Código CNES		Enviar - RX	
11911012151691604111		LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		21354		SP				(1) 81000405	
26- Nome do Profissional Executante:		27- Número no CRO		28- UF		29- Código CBO S					
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		21354		SP							

[illegible]

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.

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



791667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 1 1 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9325617		7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 2 / 2 2	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 5 3 1 4 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO JOSE CLARETE BALTHAZAR									
14-Telefone () / /									
15-Nome do titular do plano JOSEANE BALTHAZAR									
16-Atendimento a RN N									
17-Nome do Profissional Solicitante CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4									
22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES									
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-0 0 8 1 0 0 4 0 5				RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1			
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Data Previsão Término do Tratamento 2 1 / 1 1 / 2 1		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 7 8 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0	
48-Observação		49-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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
2 1 / 1 1 / 2 1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
2 1 / 1 1 / 2 1

52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável
2 1 / 1 1 / 2 1

53-Data, local e Assinatura da Empresa
2 1 / 1 1 / 2 1

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Odontolife 1893944

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 05/10/2018
4-Data de Autorização 06/10/2018
5-Senha AUTORIZADO
6-Numero da Guia Principal 8906568
7-Data Validade da Senha 03/11/2011
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 649698 INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 00202025393477000010101
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
13-Nome AYRTON ADRIANO AMARAL
14-Telefone
15-Nome do titular do plano AYRTON ADRIANO AMARAL

16-Atendimento a RN VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA
17-Nome do Profissional Solicitante
18-Numero no CRO 125460
19-UF SP
20-Código CBO S 01
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 1191102569604
22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES
23-Numero no CRO 21354
24-UF SP
25-Código CNES 7240031
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES
27-Numero no CRO 21354
28-UF SP
29-Código CBO S 09

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															0															0															3															4															5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

43-Data de emissão do guia 09/09/21
44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantitativo US 38100
47-Valor Total R\$ 000
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), 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
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/21
53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/09/21
54-Data, local e Assinatura da Empresa

Luiz Carlos Ferreira Pires



REGISTRO ANS 406414

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



649923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018	4-Data de Autorização 10/06/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8907348	7-Data Validade da Guia 10/04/2018
8-Número da Carteira 101020253686980100010101					
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 SANDRA ARANTES					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano SANDRA ARANTES					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILEIRA					
18-Número no CRO 125460					
19-UF SP					
20-Código CBO S 01					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119110125691604					
22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES					
23-Número no CRO 21354					
24-UF SP					
25-Código CNES 7240031					
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES					
27-Número no CRO 21354					
28-UF SP					
29-Código CBO S 09					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição DOC ORTODONTICA "A"					
33-Dente/Região					
34-Face					
35-Old					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Class 42-Avaliação					
43-Data de Realização					
44-Tipo de Atendimento					
45-Exame Radiológico					
46-Urgência/Emergência					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Total Quantidade US					
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
52-Data local e Assinatura do Operador					
53-Data local e Assinatura do Profissional Assistente					

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

51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data local e Assinatura do Operador

53-Data local e Assinatura do Profissional Assistente



651418
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/08/21		4-Data de Autorização 09/08/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8911804		7-Data Validade da Senha 05/11/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025328697000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano JAQUELINE ALVES DE OLIVEIRA					
13-Nome JAQUELINE ALVES DE OLIVEIRA													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19102569604		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S		Faturar Empresa 025 -					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-00345				DOC ORTODONTICA "A"		1		38100		000		37-Valor	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 08/09/21		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 38100		47-Valor Total R\$ 000		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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Luiz Carlos Ferreira Dias



tranquilidade para você sorrir

1889919

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
31/08/21

4-Data de Autorização
31/08/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9009550

7-Data Validade da Senha
29/11/21

687586
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020254005850000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIANA DA COSTA SANTOS

06/06/1997

14-Telefone
() - / -

15-Nome do titular do plano
MARIANA DA COSTA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
19102569604

22-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

18-Número no CRO
21354

19-UF
SP

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

28-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23-Número no CRO
21354

24-UF
SP

25-Código CNES

26-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
1-00345		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00		0,00	S	03/09/21	Mariana
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prescrição / Término do Tratamento
03/09/21

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Quantidade US
381,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Mariana da Costa Santos



franquizado por você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
12/01/08

4- Data de Autorização
12/04/08

5- Senha
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
8964417

7- Data Validade da Senha
18/11/12

669154
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira
0101201253972178000001011

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
LUCIANA PEREIRA CAMARGOS

14- Telefone
24/07/1980

15- Nome do titular do plano
LUCIANA PEREIRA CAMARGOS

16- Atendimento a RN
N

17- Nome do Profissional Solicitante
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF
11911012569604

22- Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

26- Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23- Número no CRO
21354

24- UF
SP

25- Código CNES
7240031

26- Código CBO S
01

27- Número no CRO
21354

28- UF
SP

29- Código CBO S
09

30- UF
SP

31- UF
SP

32- Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33- Dente/Região
1

34- Face
01

35- Qtd
1

36- Quantidade US
7800

37- Valor
0100

38- Franquia/Co-participação R\$
0100

39- Aut
S

40- Data de Realização
29/09/12

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

43- Data de Realização
29/09/12

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
7800

47- Valor Total R\$
0100

48- Total Franquia / Co-participação R\$
0100

49- Observação

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

51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52- Data, local e Assinatura 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.

53- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

54- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

55- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

56- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

53- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

54- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

55- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

56- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

57- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

58- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

59- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

60- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

61- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

62- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

63- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

64- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

192.6966



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 8/1/21	4-Data de Autorização 1/4/10 9/1/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8985514	7-Data Validade da Senha 2/3/11 1/1/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 679937 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025332956000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE MARIA DE MORAIS LIMA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA	18-Número no CRO 125460	19-UF SP	20-Código CBO S 01	25-Código CNES 7240031	26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119102151696014	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	28-UF SP	29-Código CBO S 09	27-Número no CRO 21354
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-00345	32-Descrição DOC ORTODONTICA "A"	33-Dente/Região 11	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 38100	37-Valor 0000
41-Motivo da Guia 42-Assinatura 23/09/21						
43-Data Expedição / Término do Tratamento 23/09/21						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 38100						
46-Total Quantitativo US 38100						
47-Valor Total R\$ 0000						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000						

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, compreendendo-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 este 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
23/09/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/09/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/09/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa
23/09/21

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
CRO 21354



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 1 0 8 / 1 2 1		5-Senhã AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8955136		7-Data Validade da Senhã 1 6 / 1 1 / 1 2 1		666192 INTERCÂMBIO																																																	
Dados do Beneficiário																																																											
8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 3 9 7 5 0 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																			
13-Nome TIAGO LUIS FERNANDES		21/12/1983		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano TIAGO LUIS FERNANDES																																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09		2025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405																																																	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 9 1 0 1 2 5 6 9 6 0 4		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES																																																			
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		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 - 0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8 0 0 0		0 0 0		S												2008-12-12																																					
2 -																																																											
3 -																																																											
4 -																																																											
5 -																																																											
6 -																																																											
7 -																																																											
8 -																																																											
9 -																																																											
10																																																											
11																																																											
12																																																											
13																																																											
14																																																											
15																																																											
43-Data Previsão Término do Tratamento 2008/12/21										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 7 8 0 0										47-Valor Total R\$ 0 0 0 0										48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 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 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	____/____/____
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	____/____/____
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	20/08/2011 [Assinatura]
53-Data, local e Assinatura da Empresa	20/08/2011 [Assinatura]



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

665375
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Senha
1 6 / 1 1 / 1 2 1 18-Número da Guia Principal
89528255-Sexo
AUTORIZADO6-Data de Autorização
1 8 / 1 0 / 1 8 1 2 1 13-Data de Emissão da Guia
1 1 8 / 1 0 / 1 8 1 2 1 11-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 1 2 0 2 5 3 9 4 4 1 5 4 0 0 1 0 1 0 1 19-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /15-Nome do titular do plano
JOSE VALDO VIEIRA DE SOUZA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSE VALDO VIEIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
CIRIO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA22-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES18-Número no CRO
2135419-UF
SP20-Código CBO S
09

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 9 1 0 2 5 1 6 1 9 6 0 4 1 123-Número no CRO
2135424-UF
SP

25-Código CNES

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES30-Tabela
31-Código do Procedimento
1 0 0 1 8 1 0 0 4 0 532-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA33-Dente/Região
134-Face
7 8 1 0 035-Qtd
136-Quantidade US
7 8 1 0 037-Valor
0 1 0 038-Franquia/Co-participação R\$
0 1 0 039-Aut
S40-Data de Realização
1 8 / 0 8 / 2 1

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data de Emissão / Termo do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
18/08/21	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7 8 1 0 0	0 1 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 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 Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

18/08/21

Conti

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

648186

TOPO
INTERCÂMBIO

648186 INTERCAMBIO		7 Data Validade da Sanha 013/11/11/1211		16 Número da Guia Principal 8901989		15-Senha AUTORIZADO		4 Data de Emissão da Guia 010510181211		3 Data de Autorização 010610181211		5-Senha AUTORIZADO		12 Número do Cartão Nacional de Saúde																	
Dados do Beneficiário														10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12 Número do Cartão Nacional de Saúde													
STHEFANI RAMOS MAGALHAES														18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento														23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES (I) 81000421-RIS		Enviar - RX (I) 81000421-RIS											
16-Atendimento a RN N														17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-Número no CRO 21354		28-UF SP									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1191102151696014														23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES (I) 81000421-RIS		Enviar - RX (I) 81000421-RIS											
32-Descrição RX PERIAPICAL FOTOS E SLIDES														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/Região RIS		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1400		37-Valor 000821		38-Franquia/Co-participação R\$ 000821		39-Aut S		40-Data de Realização 060821		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 060821	
30-Tabela 1-010811000421 2-010131015														33-Dente/																	

1875688

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



687168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/08		4-Data de Autorização 13/11/08		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9008349		7-Data Validade da Senha 29/11/11	
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 000202540067000000102 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 TANIA LILIAN TONETTO ALVES 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano VALDIR DA COSTA ALVES											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191102569604 22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES 26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código do Procedimento 10081000405 32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA 33-Dente/Região 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 34-Face 1 35-Qtd 1 36-Quantidade US 7800 37-Valor 0000 38-Franquia/Co-participação R\$ 0000 39-Aut S 40-Data de Realização 31/08/21 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/21 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 7800 47-Valor Total R\$ 0000 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000											

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 31/08/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/21		53-Data local e Carimbo da Empresa 31/08/21	
---	--	---	--	---	--	--	--

Dr. LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

Assinatura do Profissional Assistente

CRO 21354



653152
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/08/2011		4-Data de Autorização 10/08/2011		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8918243		7-Data Validade da Sineta 07/11/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010202539336000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data Validade da Guia	
14-Telefone		15-Data Validade da Carteira		16-Data Validade da Guia		17-Data Validade da Guia		18-Data Validade da Guia		19-Data Validade da Guia	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data Validade da Guia		14-Data Validade da Guia		15-Data Validade da Guia	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 21354		19-UF SP		20-Código CBO S 09		21-Data Validade da Guia	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1191102569604		23-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		24-UF SP		25-Código CNES 21354		26-Código CBO S 21354		27-Data Validade da Guia	
28-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		29-Número no CRO 21354		30-UF SP		31-Código CBO S 21354		32-Data Validade da Guia		33-Data Validade da Guia	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-001811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7800		0		0	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/21		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 7800		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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
10/08/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa
10/08/21

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
Rádio Logica
CRO 21354

1868019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

653162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 08:11/21		4-Data de Autorização 11/10/10 08:11/21		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8916766		7-Data validade da Sineta 07/11/11/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0102025394564000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data validade da Carteira 11/11/11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome do titular do plano PATRICIA ALVES			
14-1 telefone (11) 11111111				15-1 telefone (11) 11111111				16-1 telefone (11) 11111111			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-1 Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA		18-1 Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA		19-UF SP		20-Código CBO S 01		21-UF SP		22-Código CBO S 09	
23-1 Nome do Contratado Execuinte LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		24-1 Nome do Contratado Execuinte LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		25-1 Nome do Contratado Execuinte LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		26-1 Nome do Contratado Execuinte LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		27-1 Nome do Contratado Execuinte LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		28-1 Nome do Contratado Execuinte LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-1 Título 1-001345		31-Código do Procedimento DOC ORTODONTICA "A"		32-Descrição DOC ORTODONTICA "A"		33-Dente-Região 11		34-Face 1		35-Quantidade US 38100	
36-1 Dente-Região 11		37-Face 1		38-Quantidade US 38100		39-Valor 0,00		40-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		41-Motivo da Guia 42-1 Motivo da Guia 23/08/21	
39-1 Dente-Região 11		40-Face 1		41-Quantidade US 38100		42-Valor 0,00		43-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		44-Motivo da Guia 45-1 Motivo da Guia 23/08/21	
40-1 Dente-Região 11		41-Face 1		42-Quantidade US 38100		43-Valor 0,00		44-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		45-Motivo da Guia 46-1 Motivo da Guia 23/08/21	
41-1 Dente-Região 11		42-Face 1		43-Quantidade US 38100		44-Valor 0,00		45-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		46-Motivo da Guia 47-1 Motivo da Guia 23/08/21	
42-1 Dente-Região 11		43-Face 1		44-Quantidade US 38100		45-Valor 0,00		46-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		47-Motivo da Guia 48-1 Motivo da Guia 23/08/21	
43-1 Dente-Região 11		44-Face 1		45-Quantidade US 38100		46-Valor 0,00		47-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		48-Motivo da Guia 49-1 Motivo da Guia 23/08/21	
44-1 Dente-Região 11		45-Face 1		46-Quantidade US 38100		47-Valor 0,00		48-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		49-Motivo da Guia 50-1 Motivo da Guia 23/08/21	
45-1 Dente-Região 11		46-Face 1		47-Quantidade US 38100		48-Valor 0,00		49-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		50-Motivo da Guia 51-1 Motivo da Guia 23/08/21	
46-1 Dente-Região 11		47-Face 1		48-Quantidade US 38100		49-Valor 0,00		50-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		51-Motivo da Guia 52-1 Motivo da Guia 23/08/21	
47-1 Dente-Região 11		48-Face 1		49-Quantidade US 38100		50-Valor 0,00		51-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		52-Motivo da Guia 53-1 Motivo da Guia 23/08/21	
48-1 Dente-Região 11		49-Face 1		50-Quantidade US 38100		51-Valor 0,00		52-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		53-Motivo da Guia 54-1 Motivo da Guia 23/08/21	
49-1 Dente-Região 11		50-Face 1		51-Quantidade US 38100		52-Valor 0,00		53-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		54-Motivo da Guia 55-1 Motivo da Guia 23/08/21	
50-1 Dente-Região 11		51-Face 1		52-Quantidade US 38100		53-Valor 0,00		54-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		55-Motivo da Guia 56-1 Motivo da Guia 23/08/21	
51-1 Dente-Região 11		52-Face 1		53-Quantidade US 38100		54-Valor 0,00		55-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		56-Motivo da Guia 57-1 Motivo da Guia 23/08/21	
52-1 Dente-Região 11		53-Face 1		54-Quantidade US 38100		55-Valor 0,00		56-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		57-Motivo da Guia 58-1 Motivo da Guia 23/08/21	
53-1 Dente-Região 11		54-Face 1		55-Quantidade US 38100		56-Valor 0,00		57-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		58-Motivo da Guia 59-1 Motivo da Guia 23/08/21	
54-1 Dente-Região 11		55-Face 1		56-Quantidade US 38100		57-Valor 0,00		58-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		59-Motivo da Guia 60-1 Motivo da Guia 23/08/21	
55-1 Dente-Região 11		56-Face 1		57-Quantidade US 38100		58-Valor 0,00		59-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		60-Motivo da Guia 61-1 Motivo da Guia 23/08/21	
56-1 Dente-Região 11		57-Face 1		58-Quantidade US 38100		59-Valor 0,00		60-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		61-Motivo da Guia 62-1 Motivo da Guia 23/08/21	
57-1 Dente-Região 11		58-Face 1		59-Quantidade US 38100		60-Valor 0,00		61-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		62-Motivo da Guia 63-1 Motivo da Guia 23/08/21	
58-1 Dente-Região 11		59-Face 1		60-Quantidade US 38100		61-Valor 0,00		62-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		63-Motivo da Guia 64-1 Motivo da Guia 23/08/21	
59-1 Dente-Região 11		60-Face 1		61-Quantidade US 38100		62-Valor 0,00		63-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		64-Motivo da Guia 65-1 Motivo da Guia 23/08/21	
60-1 Dente-Região 11		61-Face 1		62-Quantidade US 38100		63-Valor 0,00		64-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		65-Motivo da Guia 66-1 Motivo da Guia 23/08/21	
61-1 Dente-Região 11		62-Face 1		63-Quantidade US 38100		64-Valor 0,00		65-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		66-Motivo da Guia 67-1 Motivo da Guia 23/08/21	
62-1 Dente-Região 11		63-Face 1		64-Quantidade US 38100		65-Valor 0,00		66-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		67-Motivo da Guia 68-1 Motivo da Guia 23/08/21	
63-1 Dente-Região 11		64-Face 1		65-Quantidade US 38100		66-Valor 0,00		67-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		68-Motivo da Guia 69-1 Motivo da Guia 23/08/21	
64-1 Dente-Região 11		65-Face 1		66-Quantidade US 38100		67-Valor 0,00		68-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		69-Motivo da Guia 70-1 Motivo da Guia 23/08/21	
65-1 Dente-Região 11		66-Face 1		67-Quantidade US 38100		68-Valor 0,00		69-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		70-Motivo da Guia 71-1 Motivo da Guia 23/08/21	
66-1 Dente-Região 11		67-Face 1		68-Quantidade US 38100		69-Valor 0,00		70-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		71-Motivo da Guia 72-1 Motivo da Guia 23/08/21	
67-1 Dente-Região 11		68-Face 1		69-Quantidade US 38100		70-Valor 0,00		71-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		72-Motivo da Guia 73-1 Motivo da Guia 23/08/21	
68-1 Dente-Região 11		69-Face 1		70-Quantidade US 38100		71-Valor 0,00		72-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		73-Motivo da Guia 74-1 Motivo da Guia 23/08/21	
69-1 Dente-Região 11		70-Face 1		71-Quantidade US 38100		72-Valor 0,00		73-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		74-Motivo da Guia 75-1 Motivo da Guia 23/08/21	
70-1 Dente-Região 11		71-Face 1		72-Quantidade US 38100		73-Valor 0,00		74-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		75-Motivo da Guia 76-1 Motivo da Guia 23/08/21	
71-1 Dente-Região 11		72-Face 1		73-Quantidade US 38100		74-Valor 0,00		75-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		76-Motivo da Guia 77-1 Motivo da Guia 23/08/21	
72-1 Dente-Região 11		73-Face 1		74-Quantidade US 38100		75-Valor 0,00		76-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		77-Motivo da Guia 78-1 Motivo da Guia 23/08/21	
73-1 Dente-Região 11		74-Face 1		75-Quantidade US 38100		76-Valor 0,00		77-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		78-Motivo da Guia 79-1 Motivo da Guia 23/08/21	
74-1 Dente-Região 11		75-Face 1		76-Quantidade US 38100		77-Valor 0,00		78-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		79-Motivo da Guia 80-1 Motivo da Guia 23/08/21	
75-1 Dente-Região 11		76-Face 1		77-Quantidade US 38100		78-Valor 0,00		79-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		80-Motivo da Guia 81-1 Motivo da Guia 23/08/21	
76-1 Dente-Região 11		77-Face 1		78-Quantidade US 38100		79-Valor 0,00		80-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		81-Motivo da Guia 82-1 Motivo da Guia 23/08/21	
77-1 Dente-Região 11		78-Face 1		79-Quantidade US 38100		80-Valor 0,00		81-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		82-Motivo da Guia 83-1 Motivo da Guia 23/08/21	
78-1 Dente-Região 11		79-Face 1		80-Quantidade US 38100		81-Valor 0,00		82-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		83-Motivo da Guia 84-1 Motivo da Guia 23/08/21	
79-1 Dente-Região 11		80-Face 1		81-Quantidade US 38100		82-Valor 0,00		83-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		84-Motivo da Guia 85-1 Motivo da Guia 23/08/21	
80-1 Dente-Região 11		81-Face 1		82-Quantidade US 38100		83-Valor 0,00		84-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		85-Motivo da Guia 86-1 Motivo da Guia 23/08/21	
81-1 Dente-Região 11		82-Face 1		83-Quantidade US 38100		84-Valor 0,00		85-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		86-Motivo da Guia 87-1 Motivo da Guia 23/08/21	
82-1 Dente-Região 11		83-Face 1		84-Quantidade US 38100		85-Valor 0,00		86-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		87-Motivo da Guia 88-1 Motivo da Guia 23/08/21	
83-1 Dente-Região 11		84-Face 1		85-Quantidade US 38100		86-Valor 0,00		87-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		88-Motivo da Guia 89-1 Motivo da Guia 23/08/21	
84-1 Dente-Região 11		85-Face 1		86-Quantidade US 38100		87-Valor 0,00		88-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		89-Motivo da Guia 90-1 Motivo da Guia 23/08/21	
85-1 Dente-Região 11		86-Face 1		87-Quantidade US 38100		88-Valor 0,00		89-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		90-Motivo da Guia 91-1 Motivo da Guia 23/08/21	
86-1 Dente-Região 11		87-Face 1		88-Quantidade US 38100		89-Valor 0,00		90-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		91-Motivo da Guia 92-1 Motivo da Guia 23/08/21	
87-1 Dente-Região 11		88-Face 1		89-Quantidade US 38100		90-Valor 0,00		91-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		92-Motivo da Guia 93-1 Motivo da Guia 23/08/21	
88-1 Dente-Região 11		89-Face 1		90-Quantidade US 38100		91-Valor 0,00		92-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		93-Motivo da Guia 94-1 Motivo da Guia 23/08/21	
89-1 Dente-Região 11		90-Face 1		91-Quantidade US 38100		92-Valor 0,00		93-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		94-Motivo da Guia 95-1 Motivo da Guia 23/08/21	
90-1 Dente-Região 11		91-Face 1		92-Quantidade US 38100		93-Valor 0,00		94-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		95-Motivo da Guia 96-1 Motivo da Guia 23/08/21	
91-1 Dente-Região 11		92-Face 1		93-Quantidade US 38100		94-Valor 0,00		95-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		96-Motivo da Guia 97-1 Motivo da Guia 23/08/21	
92-1 Dente-Região 11		93-Face 1		94-Quantidade US 38100		95-Valor 0,00		96-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		97-Motivo da Guia 98-1 Motivo da Guia 23/08/21	
93-1 Dente-Região 11		94-Face 1		95-Quantidade US 38100		96-Valor 0,00		97-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		98-Motivo da Guia 99-1 Motivo da Guia 23/08/21	
94-1 Dente-Região 11		95-Face 1		96-Quantidade US 38100		97-Valor 0,00		98-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00		99-Motivo da Guia 100-1 Motivo da Guia 23/08/21	

43-Data de Emissão da Guia 23/08/21		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência		45-1 Dente de Tratamento 1-1 Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 38100		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00	
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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 Contratado-Donatário Solicitante 23/08/21				51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 23/08/21				52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 23/08/21			
53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 23/08/21				54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 23/08/21				55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 23/08/21			



Tranquilidade para você sorrir

189 3635



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

657370
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 08/12/11	4-Data de Autorização 11/08/10 08/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8929728	7-Data Validade da Senha 11/01/11 11/12/11	
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000210125101550601041011	9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome VERA APARECIDA FERREIRA ARTETA	14-Telefone (11) 6113101114111	15-Nome do titular do plano VERA APARECIDA FERREIRA ARTETA				
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILVEIRA	18-Número no CRO 125460	19-UF SP	20-Código CBO S 01	25-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119101251619604111	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES 7240031	26-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354	28-UF SP	29-Código CBO S 09	29-Código CBO S 09		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-0018100405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização	
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura						
43-Data de Realização do Tratamento 10/09/11						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 47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						

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 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.

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
10/09/11 09/11/11



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1930063



2-Nº

659356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/08	4-Data de Autorização 27/08/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935565	7-Data Validade da Senha 11/11/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253760670000101	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-Data Validade da Guia 11/11/11
15-Nome do titular do plano BRUNO AUGUSTO NUNES DA SILVA					
16-Admissão a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11911012569604					
22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES					
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-001811000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 78100
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Guia 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 27/09/11					
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					
47-Valor Total R\$					
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, avalio 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires

Carimbo

Carimbo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

686943
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2018	4-Data de Autorização 13/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9007583	7-Data Validade da Senha 12/9/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600926801	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRO PEREIRA LIONELLO		14-Telefone (16) 36203507		15-Nome do titular do plano ALESSANDRO PEREIRA LIONELLO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRO RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 21354	19-UF SP	20-Código CBO S 09	25-Código CNES 24-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19102569604	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES 28-UF SP	29-Código CBO S 21354
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00081000421		RX PERIAPICAL	1	1400	000
2-00081000421		RX PERIAPICAL	1	1400	000
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsível do Tratamento 08/09/2019			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 28000			47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Luiz Carlos Ferreira

Dr. Luiz Carlos Ferreira



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

tranquilidade para você sorrir

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8942227

7-Data Validade da Senha
11/11/2011

8-Número da Carteira
00020251050601903701

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RISONEIDE GADELHA DOS SANTOS

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
RISONEIDE GADELHA DOS SANTOS

16-Número no CRO
125460

17-Nome do Profissional Solicitante
VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA

18-Número no CRO
21354

19-UF
SP

20-Código CBO S
01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1191102569604

22-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23-Número no CRO
21354

24-UF
SP

25-Código CNES
7240031

26-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

27-Número no CRO
21354

28-UF
SP

29-Código CBO S
09

30-UF
SP

31-Código do Procedimento
10810040405

32-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
1

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
7800

37-Valor
08,09

38-Franquia/Co-participação R\$
08,09

39-Aut
S

40-Data de Realização
08/09/21

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
xsguul

43-Data de Realização
08/09/21

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
7800

47-Valor Total R\$
08,09

48-Total Franquia / Co-participação R\$
08,09

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/09/21 xsguul

51-Data, local e Assinatura do Profissional
08/09/21 xsguul

52-Data, local e Assinatura do Profissional
08/09/21 xsguul

53-Data, local e Assinatura do Profissional
08/09/21 xsguul

54-Data, local e Assinatura do Profissional
08/09/21 xsguul

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 pagar 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.

Dr. Luiz Carlos Ferreira Pires
Nº 125460
CRO 21354



685740
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 8 / 1 1 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
9006727

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13 / 1 / 0 8 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia
13 / 0 / 0 8 / 1 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 8 9 6 1 2 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDILEINE RANGEL FERNANDES

10/11/1986

15-Nome do titular do plano
EDILEINE RANGEL FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CIRO RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
21354

19-UF
SP

20-Código CBO S
09

225 -
Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF
1 9 1 0 2 5 6 9 6 0 4

22-Nome do Contratado Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

23-Número no CRO
21354

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES

27-Número no CRO
21354

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Class 42-Apontura
1-0 0 8 1 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 0 0		0 0 0	S	08/09/21	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Revisão Tratamento
08/09/21

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 4 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

08/09/21

08/09/21

08/09/21

08/09/21

08/09/21

08/09/21

08/09/21

08/09/21

08/09/21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

5-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 1 0 / 8 / 1 2 1 1		4-Data de Autorização 1 2 / 0 1 / 0 8 / 1 2 1 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8935608		7-Data Validade da Senha 1 1 / 1 1 / 1 1 / 1 2 1 1		659370 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 1 0 1 0 1 2 0 1 2 5 3 7 9 9 4 7 0 0 0 0 1 0 1 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 1 1 / 1 1 / 1 1 / 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FABIANA LOPES				14-Telefone (1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1		15-Nome do titular do plano FABIANA LOPES							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
17-Nome do Profissional Solicitante N		16-Atendimento a RN		18-Número no CRO 125460		19-UF SP		20-Código CBO S 01		025 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 9 1 1 0 1 2 5 6 9 6 0 4				22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES		23-Número no CRO 21354		24-UF SP		25-Código CNES 7240031			
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES				27-Número no CRO 21354		28-UF SP		29-Código CBO S 09		Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (16) 36360281, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: R Joao Penteado, 1521, JARDIM AMERICA			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class. 42-Assinatura
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0		0 0 0		S 03/02/2009	030921
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
			1-Total 2-Parcial		7 8 0 0				0 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 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.

49-0650-30

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



689435
INTERCÁMBIO

[illegible]

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data local e Carimbo da Empresa

63-Data, local e Carimbo da Empresa

Radioactive

736124

1894893

Odontolife®

transfere para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

669442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 10/09/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8965185	7-Data Validade da Sentença 18/11/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202527531200000101	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	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome ALESSANDRA MARIA DE SOUZA	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA MARIA DE SOUZA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA APARECIDA BERSILIEIRA	18-Número no CRO 125460
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11911021569604	22-Nome do Contratado Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	23-Número no CRO 21354	24-UF SP	25-Código CNES 7240031	26-Data de Realização 10/09/2011
26-Nome do Profissional Executante LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES	27-Número no CRO 21354	28-UF SP	29-Código CBO S 09	30-Tabela 31-Código do Procedimento 1000811000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Old	36-Quantidade US 7800	37-Valor 0000	38-Franquia/Co-participação R\$ 0000
39-Aut 1	40-Data de Realização 10/09/2011	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura x Onpage			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data, Previsão, Término do Tratamento 10/09/2011					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 7800					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					

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), 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional

55-Data, local e Assinatura do Profissional