



Interodonto

Sistema de Saúde Odontológica

CARTELA DE RAIO X

20/9/20

PACIENTE

Wanderlei C. Dora

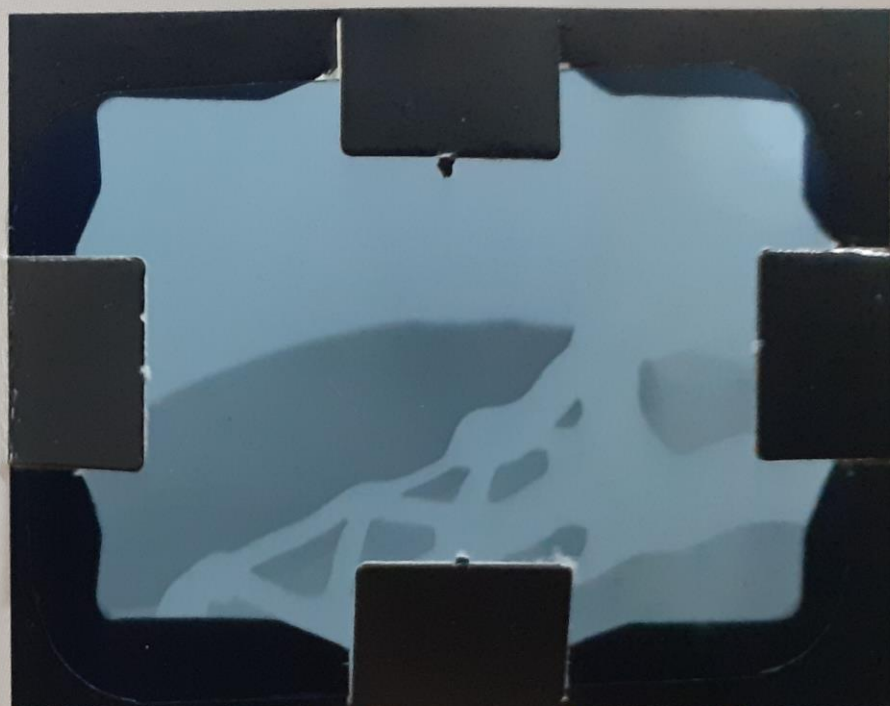
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NÚMERO DO CÓDIGO DE BARRA (23 DÍGITOS)

PPR. A1

A.C.I. Nº

112



RX INICIAL ____ / ____ / ____

RX FINAL 20 / 9 / 20

8 7 6 5 4 3 2 1 S 1 2 3 4 5 6 7 8
D 8 7 6 5 4 3 2 1 I 1 2 3 4 5 6 7 8 E

**PREENCHA TODOS OS CAMPOS.
IDENTIFIQUE ÁREA/DENTE.**

30/9/20

PACIENTE

Wanderlei C. Dias

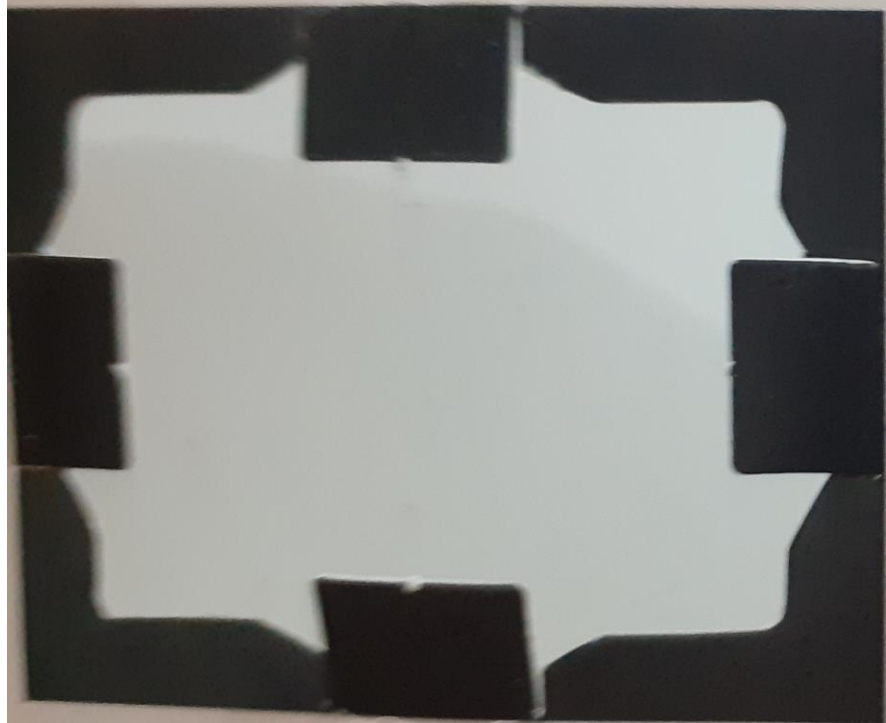
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NÚMERO DO CÍDULO DE BARRA (25 DÍGITOS)

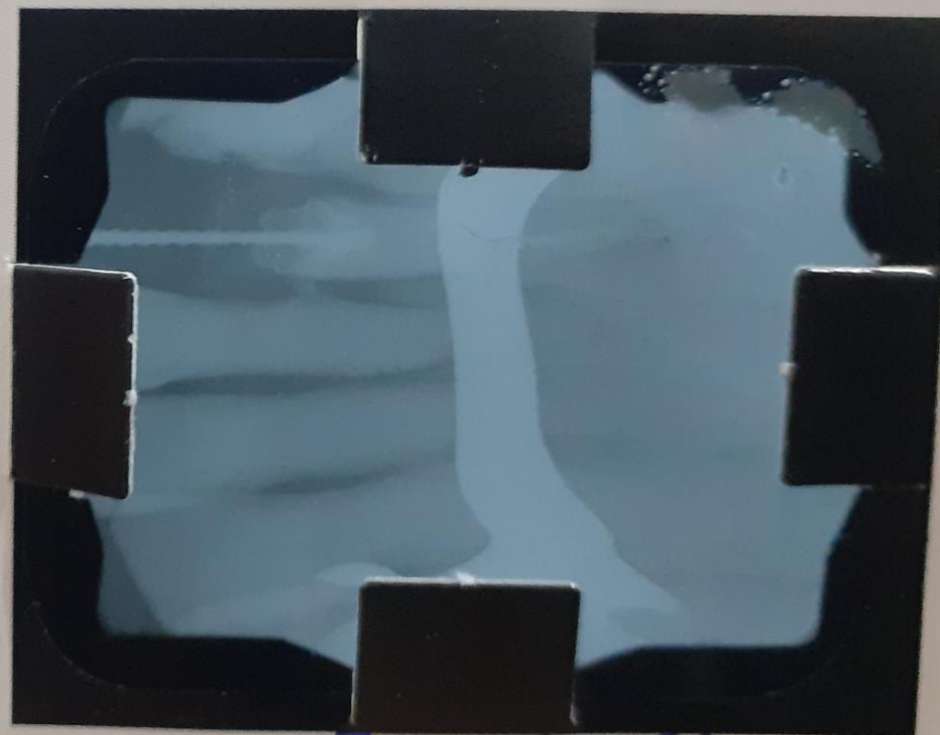
PDR Ai

A.C.I. Nº

2/2



RX INICIAL ____/____/____



RX FINAL

30/9/20

**PREENCHA TODOS OS CAMPOS.
IDENTIFIQUE ÁREA/DENTE.**

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
D | E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
I



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



370962

INTERCAMBIO

30/06

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/09/2012	4-Data de Autorização 14/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852397	7-Data Validade da Senha 06/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600956601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WANDERLEI CASSIANO DIAS		14-Telefone (11) 5056-8520	15-Nome do titular do plano WANDERLEI CASSIANO DIAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49151	24-UF SP
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161	28-UF SP
29-Código CBO S					

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-	00	85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	AI		1	1698,00	0,00	0,00	S			
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 1698,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/2012 Ligia MR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/2012 Ligia MR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

(Assinatura local Errada)

Dr^a Lígia Martins Ramos

Cirurgiã-Dentista

CRO/SP nº 49.161

Declaro que Wanderlei Cassiano Dias solicitou
representativa de reabilitação protética do
23. Foi feito acesso para moldagem de
moldes metálicos fundido no comprimento de
mm. Deixa a aprovação do convênio para
nucleos e coroa e em cerômero e posteriormen-
te realização de Prótese Parcial Removível

S. Paulo, 23/03/20

ass. fac.

ass. c. d. Lígia M. Ramos

Wanderlei Cassiano Dias





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

334345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2017	4-Data de Autorização 15/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683196	7-Data Validade da Senha 03/11/2017
8-Número da Carteira 00202530421200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TANIA DE SOUZA BASTOS DOS REIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TANIA DE SOUZA BASTOS DOS REIS		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161		28-UF SP	29-Código CBO S
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa					

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/07/2017		
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/2017		
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/2017		
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/2017		
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/2017		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

30/07/2017 Ligia M Ramos

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

30/07/2017 Ligia M Ramos

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

30/07/2017 Tania de Souza

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.48



334733
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012 4-Dados de Autorização 06/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7684794 7-Data Validade da Senha 04/11/2012

8-Número da Carteira 00202530421200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome APARECIDA GABRIELA BASTOS DOS REIS 14-Telefone 23/02/1988 15-Nome do titular do plano TANIA DE SOUZA BASTOS DOS REIS

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI 18-Número no CRO 49161 19-UF SP 20-Código CBO 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801 22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI 23-Número no CRO 49161 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI 27-Número no CRO 49161 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

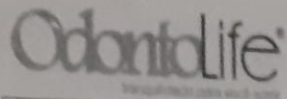
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo da Realização	41-Medico de Orçamento
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	06/07/2007	
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O		61,00	0,00		S	06/07/2007	
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	22/07/2007	
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	22/07/2007	
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	30/07/2007	
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 317,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2012 Ligia M. Ramos 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012 Ligia M. Ramos 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 Tania de Souza Bastos dos Reis 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3.º NF

331849
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/2012	4-Data de Autorização 03/07/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7672867	7-Data Validade da Guia 28/09/2012
8-Número do Cartão 00202510550601014201			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Data validade da Carteira		
13-Nome ELIZEU MOREIRA DA MATA			14-Telefone () - - - - -		
15-Data validade da Carteira			16-Data validade da Carteira		
17-Data validade da Carteira			18-Data validade da Carteira		
19-Data validade da Carteira			20-Data validade da Carteira		
21-Data validade da Carteira			22-Data validade da Carteira		
23-Data validade da Carteira			24-Data validade da Carteira		
25-Data validade da Carteira			26-Data validade da Carteira		
27-Data validade da Carteira			28-Data validade da Carteira		
29-Data validade da Carteira			30-Data validade da Carteira		
31-Data validade da Carteira			32-Data validade da Carteira		
33-Data validade da Carteira			34-Data validade da Carteira		
35-Data validade da Carteira			36-Data validade da Carteira		
37-Data validade da Carteira			38-Data validade da Carteira		
39-Data validade da Carteira			40-Data validade da Carteira		
41-Data validade da Carteira			42-Data validade da Carteira		
43-Data validade da Carteira			44-Data validade da Carteira		
45-Data validade da Carteira			46-Data validade da Carteira		
47-Data validade da Carteira			48-Data validade da Carteira		
49-Data validade da Carteira			50-Data validade da Carteira		
51-Data validade da Carteira			52-Data validade da Carteira		
53-Data validade da Carteira			54-Data validade da Carteira		
55-Data validade da Carteira			56-Data validade da Carteira		
57-Data validade da Carteira			58-Data validade da Carteira		
59-Data validade da Carteira			60-Data validade da Carteira		
61-Data validade da Carteira			62-Data validade da Carteira		
63-Data validade da Carteira			64-Data validade da Carteira		
65-Data validade da Carteira			66-Data validade da Carteira		
67-Data validade da Carteira			68-Data validade da Carteira		
69-Data validade da Carteira			70-Data validade da Carteira		
71-Data validade da Carteira			72-Data validade da Carteira		
73-Data validade da Carteira			74-Data validade da Carteira		
75-Data validade da Carteira			76-Data validade da Carteira		
77-Data validade da Carteira			78-Data validade da Carteira		
79-Data validade da Carteira			80-Data validade da Carteira		
81-Data validade da Carteira			82-Data validade da Carteira		
83-Data validade da Carteira			84-Data validade da Carteira		
85-Data validade da Carteira			86-Data validade da Carteira		
87-Data validade da Carteira			88-Data validade da Carteira		
89-Data validade da Carteira			90-Data validade da Carteira		
91-Data validade da Carteira			92-Data validade da Carteira		
93-Data validade da Carteira			94-Data validade da Carteira		
95-Data validade da Carteira			96-Data validade da Carteira		
97-Data validade da Carteira			98-Data validade da Carteira		
99-Data validade da Carteira			100-Data validade da Carteira		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/07/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	03/07/2012		
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 95,00	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

03/07/2012 Ligia M Ramos

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

03/07/2012 Ligia M Ramos

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/07/2012 Elizeu

53-Data, local e Carenço da Empresa

/ /



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.14



359400

INTERCAMBIO

P.F. 24/8/20

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Hospital 7798904	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530759400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
CAROLINE LIRA DA SILVA ROCHA

09/07/1988

14-Telefone
() -15-Nome do titular do plano
CAROLINE LIRA DA SILVA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante
LIGIA MARTINS RAMOS COGHI

27-Número no CRO 49161	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 Gênesis	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/08/20		<i>Caroline Lira</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

*proposeu
negociar
Diz: "que se não
foi feito em 24/8/20"
com outro
profissional*

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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Exarlate - 4007-2400 - 24/8/20 - 12h00 min.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/08/20 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20 Ligia M R.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20 Caroline Lira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

maria Teliz - 7/9/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



367394
INTERCÂMBIO

20/9/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08/12/01	4-Data de Autorização 04/10/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836939	7-Data Validade da Senha 12/9/11/11/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601236901	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 MARINA VILLATORE LAROCA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARINA VILLATORE LAROCA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/09/2020		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/09/2020		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/09/2020		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/09/2020		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/09/2020		
6	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	04/09/2020		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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.

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 239,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 04/09/2020 Ligia Martini	51-Data, local e Assinatura do Citado(a) Beneficiário 04/09/2020 Ligia Martini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/2020 Marina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



navas Pedidos - 7/9/20
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



367387
INTERCÂMBIO

7/9/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836884	7-Data Validade da Senha 29/11/20
8-Número da Carteira 00202510550600211701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIZETE OLIVEIRA BRITO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIZETE OLIVEIRA BRITO		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161	24-UF SP
25-Código CBO S		26-Código CNES		025 - Faturar Empresa	
27-Número no CRO 49161		28-UF SP		29-Código CBO S	

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
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3,400	0,00		S	03/09/2020	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/09/20 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/20 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/09/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.1P

375636
INTERCÂMBIO

20/9/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 18/10/2019	5-Sincla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872328	7-Data Validade da Sincla 14/11/2019
8-Número da Carteira 00202510550601315901			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome KATIA ELISABETH DE GODOY			14-Telefone 22/10/1966	15-Nome do titular do plano KATIA ELISABETH DE GODOY	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/09/2020		<i>Katia</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	18/09/2020		<i>Katia</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	18/09/2020		<i>Katia</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

*Resposta
for
negado
18/9/20*

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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2019 Ligia M. Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2019 Ligia M. R.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2019 Katia Godoy	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



2.00

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/1912	4-Data de Autorização 14/10/1912	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845487	7-Data Validade da Sentença 02/11/12	369248 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202510550601876001						
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número da Carteira Nacional de Serviço
13-Nome RAFAEL LIMA ALVES		14-Telefone 15/01/1991		15-Nome do titular do plano RAFAEL LIMA ALVES		
16-Atendimento a RM N						
17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI						
18-Número no CRO 49161		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161		24-UF SP
25-Código CBO S		26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161		28-UF SP
29-Código CBO S						

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 Cessão	42- Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/09/2020		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/09/2020		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/09/2020		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/09/2020		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/09/2020		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			22/09/2020		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			22/09/2020		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 422,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2020 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 28/09/2020 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 28/09/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---



367405
INTERCÂMBIO

30/08/07
MSE

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 31/08/07 4-Data de Autorização 03/09/07 5-Serção AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7836981 7-Data Validade da Serção 29/11/07

8-Número do Contrato 0020252964760000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade do Contrato 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA DE FRANCA NEVES 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano PRISCILA APARECIDA NEVES

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI 18-Número no CRD 49161 19-UF SP 20-Código CRM S 025 - Faturar Empresa

21-Código da Operadora / CNPJ / CPT 18463373801 22-Nome do Contratado / Executante LIGIA MARTINS RAMOS COCHI 23-Número no CRD 49161 24-UF SP 25-Código CRM S

26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COCHI 27-Número no CRD 49161 28-UF SP 29-Código CRM S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Flâgios	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo do Cancelamento / Alteração
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	31/08/07	
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	31/08/07	
3	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	55		1	73,00	0,00		S	31/08/07	
4	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	65		1	73,00	0,00		S	31/08/07	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

R. Negreiros

43-Data Prevista 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 252,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/07 Ligia MR 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/07 Ligia MR 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 31/08/07 Priscila S. H. V. 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.40

367399
INTERCÂMBIO

20/08/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2018	4-Data de Autorização 03/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia 7836946	7-Data Validade da Guia 29/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202529647600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA APARECIDA NEVES			14-Telefone 17/09/1981	15-Nome do Titular do plano PRISCILA APARECIDA NEVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161		28-UF SP	29-Código CBO S

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-Matéria de Gesso 42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			31/10/2018	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			31/10/2018	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			31/10/2018	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			31/10/2018	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			31/10/2018	
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 31/10/2018 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2018 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2018 Priscila A Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/2018
---	---	--	---

OdontoLife
Soluções em Odontologia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



359726
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800260	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601587402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA ETIENE DA SILVA	14-Telefone 05/12/1972	15-Nome do titular do plano JESSICA SHEYLA FREITAS DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO R 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	27-Número no CRO 49161	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 Gloriosa
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MV	1	88,00	0,00		S	24/08/20	X
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 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/08/20 Ligia M R	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/20 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 30/08/20 JESSICA SHEYLA FREITAS DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

14 v
25 v

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.14

375636
INTERCÂMBIO

20/9/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 18/10/2019	5-Sincla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872328	7-Data Validade da Sincla 14/11/2019
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00202510550601315901			10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	12-Data Validade da Carteira / /
13-Nome KATIA ELISABETH DE GODOY			14-Telefone 22/10/1966	15-Nome do titular do plano KATIA ELISABETH DE GODOY	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/09/2020		<i>Katia</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	18/09/2020		<i>Katia</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	18/09/2020		<i>Katia</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

*Resposta
fora
negado
18/9/20*

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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2019 Ligia M. Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2019 Ligia M. R.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2019 Katia Godoy	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



navas Pedidos - 7/9/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



367387
INTERCÂMBIO

7/9/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836884	7-Data Validade da Senha 29/11/20
8-Número da Carteira 00202510550600211701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIZETE OLIVEIRA BRITO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIZETE OLIVEIRA BRITO		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161	24-UF SP
25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		26-UF SP		27-Código CBO S	
28-UF SP					
29-Código CBO S					

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
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3,400	0,00		S	03/09/2020	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,600	0,00		S	03/09/2020	
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/09/20 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/20 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/09/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



2.00

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2019	4-Data de Autorização 14/10/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845487	7-Data Validade da Sentença 02/11/2019	89248 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202510550601876001						
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número da Carteira Nacional de Serviço
13-Nome RAFAEL LIMA ALVES		14-Telefone 15/01/1991		15-Nome do titular do plano RAFAEL LIMA ALVES		
16-Atendimento a RM N						
17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		18-Número no CRO 49161		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161		24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		26-Número no CRO 49161		27-UF SP		28-Código CBO S

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 Cessão	42- Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/10/2019		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/10/2019		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/10/2019		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/10/2019		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/10/2019		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 422,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2020 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 28/09/2020 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 28/09/2020 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---



2.00

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/19/12/0	4-Data de Autorização 14/10/19/12/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845487	7-Data Validade da Sentença 02/11/21/12/0	89248 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202510550601876001						
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número da Carteira Nacional de Serviço
13-Nome RAFAEL LIMA ALVES		14-Telefone 15/01/1991 (11) 11111111		15-Nome do titular do plano RAFAEL LIMA ALVES		
16-Atendimento a RM N						
17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI						
18-Número no CRO 49161		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161		24-UF SP
25-Código CBO S		26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161		28-UF SP
29-Código CBO S						

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 Cessão	42- Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/09/2020		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/09/2020		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/09/2020		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/09/2020		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/09/2020		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			22/09/2020		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			22/09/2020		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			28/09/2020		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 422,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2020 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 28/09/2020 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2020 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---



367405
INTERCÂMBIO

30/08/07
MSE

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 31/08/07 4-Data de Autorização 03/09/07 5-Serção AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7836981 7-Data Validade da Serção 29/11/07

8-Número do Contrato 0020252964760000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade do Contrato 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA DE FRANCA NEVES 14-Telefone 22/09/2007 15-Nome do titular do plano PRISCILA APARECIDA NEVES

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI 18-Número no CRD 49161 19-UF SP 20-Código CRM S 025 - Faturar Empresa

21-Código da Operadora / CNPJ / CPT 18463373801 22-Nome do Contratado / Executante LIGIA MARTINS RAMOS COCHI 23-Número no CRD 49161 24-UF SP 25-Código CRM S

26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COCHI 27-Número no CRD 49161 28-UF SP 29-Código CRM S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Flâgeis	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo do Cancelamento / Alteração
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	31/08/07	
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	31/08/07	
3	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	55		1	73,00	0,00		S	31/08/07	
4	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	65		1	73,00	0,00		S	31/08/07	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

R. Negreiros

43-Data Prevista 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 252,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/07 Ligia MR 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/07 Ligia MR 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 31/08/07 Priscila S. H. V. 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.40

367399
INTERCÂMBIO

20/08/20

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2018	4-Data de Autorização 03/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia 7836946	7-Data Validade da Guia 29/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202529647600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA APARECIDA NEVES			14-Telefone 17/09/1981	15-Nome do Titular do plano PRISCILA APARECIDA NEVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801		22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		23-Número no CRO 49161	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI		27-Número no CRO 49161		28-UF SP	29-Código CBO S

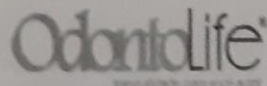
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			31/10/2018		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			31/10/2018		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			31/10/2018		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			31/10/2018		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			31/10/2018		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 31/10/2018 Ligia M Ramos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2018 Ligia M Ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2018 Priscila A Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/2018
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

359726
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800260	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601587402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA ETIENE DA SILVA	14-Telefone 05/12/1972	15-Nome do titular do plano JESSICA SHEYLA FREITAS DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO R 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	27-Número no CRO 49161	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 e Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20	X
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MV	1	88,00	0,00		S	24/08/20	X
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 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/08/20 Ligia MR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/20 Ligia MR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 30/08/20 JESSICA SHEYLA FREITAS DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

14 v
25 v

Nota Recibo 370962-PPR grupo 2 - 07/9/20.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 08/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7765454	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600956601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WANDERLEI CASSIANO DIAS			14-Telefone (11) 5056-8520	15-Nome do titular do plano WANDERLEI CASSIANO DIAS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CEG S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	27-Número no CRO 49161	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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17	1	1	73,00	0,00		S	20/08/20		X
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	73,00	0,00		S	20/08/20		X
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	48	1	1	73,00	0,00		S	20/08/20		X
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Resto
Faltando
Glosa
email

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 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/08/20 Ligia M Ramo	51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/20 Ligia M R.	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20	53-Dados, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	--------------------------------------

352046
INTERCÂMBIO
20/9/20

Alerta:
Token: 236671



359533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7799530	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601587402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA ETIENE DA SILVA	14-Telefone 05/12/1972	15-Nome do titular do plano JESSICA SHEYLA FREITAS DA SILVA	16-Data de Nascimento / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	18-Número no CRO 49161	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18463373801	22-Nome do Contratado Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	23-Número no CRO 49161	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LIGIA MARTINS RAMOS COGHI	27-Número no CRO 49161	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/20 Ligia MR.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/20 Ligia MR.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/08/20 JESSICA FREITAS DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------