



Cirurgião Dentista: 56602/SP - RENATA MESSORA (15378) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
500857-I	00202510550601074801	PJ- RENAN MORENO MARQUES	16/03/2021	COB	71,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 128 / 1 } = 128 X 0,4 =	71,20
521502-I	00202536414200000102	PJ- ANA CLAUDIA FERREIRA	13/04/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 88 / 1 } = 88 X 0,4 =	35,20
523146-I	00202534192900000102	PJ- PALOMA LUIZA DE SOUSA PINTO	14/04/2021	COB	48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 122 / 1 } = 122 X 0,4 =	48,80
523353-I	00202534192900000103	PJ- TARSIANA ALCANTARA DA SILVA	14/04/2021	COB	48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 122 / 1 } = 122 X 0,4 =	48,80
523364-I	00202534192900000101	PJ- MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA	14/04/2021	COB	108,40	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 271 / 1 } = 271 X 0,4 =	108,40
530970-I	00202533370200000102	PJ- MARINEIDE ALVES DE	22/04/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 88 / 1 } = 88 X 0,4 =	35,20
536168-I	00202534192900000103	PJ- TARSIANA ALCANTARA DA SILVA	28/04/2021	COB	94,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 237 / 1 } = 237 X 0,4 =	94,80
537873-I	00202533435900000101	PJ- ABDIAS SILVA MARTINS	29/04/2021	COB	71,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 178 / 1 } = 178 X 0,4 =	71,20
538578-I	00202533370200000102	PJ- MARINEIDE ALVES DE	30/04/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 88 / 1 } = 88 X 0,4 =	35,20
550841-I	00202534192900000103	PJ- TARSIANA ALCANTARA DA SILVA	13/05/2021	COB	48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 122 / 1 } = 122 X 0,4 =	48,80
551067-I	00202533435900000101	PJ- ABDIAS SILVA MARTINS	13/05/2021	COB	35,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 88 / 1 } = 88 X 0,4 =	35,20
564958-I	00202510550601559701	PJ- ROSA MARIA CARVALHO DOS SANTOS PEDROSA	26/05/2021	COB	48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 122 / 1 } = 122 X 0,4 =	48,80
594970-I	00202510550600142301	PJ- VAGNER DE JESUS	23/06/2021	COB	71,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - { 178 / 1 } = 178 X 0,4 =	71,20

Atencão: O valor total da guia é de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais e zero centavos).

Atencão: O valor total da guia é de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais e zero centavos).



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

500857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/21	4-Data de Autorização 25/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8392905	7-Data Validade da Senha 14/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601074801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENAN MORENO MARQUES		14-Telefone 28/02/1984	15-Nome do titular do plano RENAN MORENO MARQUES		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/03/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HABD		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/04/21	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 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 06/04/21 Renata Messori Cirurgião Dentista CRO-SP 56.602	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/21 Renata Messori Cirurgião Dentista CRO-SP 56.602	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/21 Renan Moreno Marques	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

521502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8475617	7-Data Validade da Senha 12/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202536414200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLAUDIA FERREIRA BARBOSA			14-Telefone 03/04/1988	15-Nome do titular do plano ALEX SANDRO BARBOSA THOMAZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844		22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA		23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA			27-Número no CRO 56602	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00		S	13/04/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21	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 88,00	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 13/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N

523146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autorização 15/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8481892	7-Data Validade da Senha 13/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534192900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PALOMA LUIZA DE SOUSA PINTO			14-Telefone 17/06/1991 () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			21/04/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			21/04/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/04/21	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 122,00	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 21/04/21 Renata Messori	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 21/04/21 Renata Messori	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/04/21 Paloma L. de Sousa Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

523353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autorização 15/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8482833	7-Data Validade da Senha 13/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534192900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TARSIANA ALCANTARA DA SILVA		14-Telefone 10/10/1991	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	21/04/21		RENATA MESSORA
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	21/04/21		RENATA MESSORA
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/04/21	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 122,00	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 21/04/21 Renata MESSORA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/04/21 Renata MESSORA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/04/21 Tarsiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

523364
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/21	4-Data de Autorização 15/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8482993	7-Data Validade da Senha 13/07/21
8-Número da Carteira 0020253419290000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA		18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844		22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA			27-Número no CRO 56602	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00		S	21/08/21		mdr
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	21/08/21		mdr
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	21/08/21		mdr
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	88,00	0,00		S	21/08/21		mdr
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/09/21	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 271,00	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 Beneficiário / Representante	51-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

530970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/21	4-Data de Autorização 22/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8511145	7-Data Validação da Senha 21/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533370200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARINEIDE ALVES DE ALCANTARA		14-Telefone 23/03/1965 () -	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO LAUDE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (l) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	DL	1	88,00	0,00			24/04/21		Renata Messori
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/04/21	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 88,00	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 24/04/21 Renata Messori	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/04/21 Renata Messori	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/04/21 Marcos Antonio Laude	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Renata Messori
CRO-SP 53.082

CRO-SP 53.082

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



536168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 29/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8530556	7-Data Validade da Senha 27/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534192900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TARSIANA ALCANTARA DA SILVA		14-Telefone 10/10/1991	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00			04/05/21		TARSIANA
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00			04/05/21		TARSIANA
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			04/05/21		TARSIANA
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/05/21	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 237,00	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 04/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N

537873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização 29/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8537413	7-Data Validade da Senha 28/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253343590000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ABDIAS SILVA MARTINS		14-Telefone 02/08/1983	15-Nome do titular do plano ABDIAS SILVA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			29/04/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/05/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			11/05/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/05/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/05/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/21	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 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 11/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Cirurgião Dentista
CRO-SP 56.662

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



538578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 0 4 / 0 5 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8539997	7-Data Validade da Senha 2 9 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 3 7 0 2 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARINEIDE ALVES DE ALCANTARA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO LAUDADE
---	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 6 0 3 9 4 8 7 8 4 4		22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VL	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	08/05/21		Marineide
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/05/21	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 8 8 , 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 08/05/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/05/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/05/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

550841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/21	4-Data de Autorização 19/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8585653	7-Data Validade da Senha 11/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534192900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TARSIANA ALCANTARA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE ALCANTARA LIMA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA	27-Número no CRO 56602	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	20/05/21		TARSIANA
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	20/05/21		TARSIANA
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/21	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 122,00	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 20/10/21 Tarsiana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/21 Tarsiana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/21 TARSIANA A. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

551067
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 19/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 5586500	7-Data Validade da Senha 11/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253343590000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ABDIAS SILVA MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ABDIAS SILVA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			25/05/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/05/21	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 88,00	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 25/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



564958
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/21	4-Data de Autorização 12/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8633408	7-Data Validade da Sanha 12/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601559701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSA MARIA CARVALHO DOS SANTOS PEDROSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA CARVALHO DOS SANTOS PEDROSA		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	1	122,00	0,00			02/06/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/06/21	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 122,00	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 02/06/21 And Muro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/21 And Muro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



594970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/06/12/1	4-Data de Autorização 12/3/06/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8733121	7-Data Validade da Senha 12/1/09/12/1
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510550600142301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VAGNER DE JESUS			14-Telefone 14/07/1984	15-Nome do titular do plano VAGNER DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA MESSORA	18-Número no CRO 56602	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26039487844	22-Nome do Contratado Executante RENATA MESSORA	23-Número no CRO 56602	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RENATA MESSORA		27-Número no CRO 56602	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	23/06/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	23/06/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/06/21	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 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 23/06/21 Renata Messori Cirurgiã Dentista CRO-SP 56.602	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/21 Renata Messori Cirurgiã Dentista CRO-SP 56.602	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/21 Cirurgião Dentista	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--