



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

492781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/03/2011	4-Data de Autorização 08/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8362465	7-Data Validade da Senha 04/06/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534754200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LINO LOURENCO ERSATI NASCIMENTO		14-Teléfono 30/08/1956	15-Nome do titular do plano MERCEDES DE FATIMA BERLINO ERSATI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 404641115892	22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	27-Número no CRO 118509	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
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1
2-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
16-					
17-					
18-					
19-					
20-					
21-					
22-					
23-					
24-					
25-					
26-					
27-					
28-					
29-					
30-					
31-					
32-					
33-					
34-					
35-					
36-					
37-					
38-					
39-					
40-					
41-					
42-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 08/03/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,					
CAZARI E CAZARI LTDA.					
JOÃO MARTINS COELHO, 1979					
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310					
MARILIA - SP.					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2011	4-Data de Autorização 09/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8368787	7-Data Validade da Senha 07/10/2011	494493 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0020253475420000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINO LOURENCO ERSATI NASCIMENTO			14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MERCEDES DE FATIMA BERLINO ERSATI		
16-Atendimento e RV N			17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40464115892			22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI			27-Número no CRO 118509	28-UF SP	29-Código CBO S	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
1-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00
2-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00
3-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00
4-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2011		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 144,00
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2011

26.950.764/0001-37
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.
AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1000
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310
MARÍLIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/11/21	4-Data de Autorização 12/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238350	7-Data Validade da Senha 12/10/11/21	462946 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202532098100000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO WELLINGTON DE SOUZA SANTOS			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI			18-Número no CRO 118509
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 404641115892			22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI			23-Número no CRO 118509
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI			27-Número no CRO 118509			28-UF SP
29-Código CBO S			30-Código CNES			025 - Faturar Empresa
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D	1	1	35,00
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Glosa						
42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/11						
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 140,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/11						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11						
53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/11						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 assistente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

26.950.764/0001-37

CENTRO ODONTOLÓGICO CALEJON,
CAZARI-SP

JOÃO MARTINS CCF 11870
R. SANTA ANTONIETA - C.A. 17012-310
MARILIA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 23/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8402945	7-Data Validade da Senha 17/06/21	504039 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253480820000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ERIKA FERNANDA DE OLIVEIRA		14-Telefone 17/05/1986	15-Nome do Titular do plano ERIKA FERNANDA DE OLIVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40464115892		22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-35 (IF) 85200140-34 (IF) 85200158-47
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0085200140		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	1	333000
2-0085200140		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34	1	1	333000
3-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47	1	1	533000
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Prevista Término do Tratamento 30/04/21						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 119900						
47-Valor Total R\$ 1000						
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 assistiu este procedimento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21 Erika		53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/21 JOÃO MARTINS COELHO, 1873 JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N

351524
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/10/81/201		4-Data do Autorização 08/10/81/201		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7762865		7-Data Validade da Senha 03/11/11/201		351524 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0020253120010000001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _/_/___/___		12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
13-Name BEATRIZ APARECIDA MAIELLO						14-Teléfono 18/12/2000 () _ _ - _ _ _		15-Nome do Titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				18-Número no CRO 125115		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898				22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				23-Número no CRO 125115		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI						27-Número no CRO 125115		28-UF SP		29-Código CBO S		(IF) 85200158-16 (IF) 85200158-46	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qld	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	00852001158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16			53300	0,00		S	30/04/14		[Assinatura]	
2-	00852001158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46			53300	0,00		S	30/04/14		[Assinatura]	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			3600	0,00		S	08/08/20		[Assinatura]	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			3600	0,00		S	08/08/20		[Assinatura]	
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			3600	0,00		S	08/08/20		[Assinatura]	
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			3600	0,00		S	08/08/20		[Assinatura]	
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/21		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 12110,00		47-Valor Total R\$ R\$ 10,00		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 para com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional consultado, os honorários devidos, sob pena de nulidade deste documento, 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 30/04/21 [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21 [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21 [Assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/21 AV. JOÃO MARTINS COSTA, 100 - JARDIM SANTA ANTONIETA - CAMPINA GRANDE - PB	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157458	7-Data Validade da Senha 18/11/2013	2-4*			
8-Número da Carteira 00202531200100000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 18/12/2000	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BEATRIZ APARECIDA MAIELLO						14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO	
16-Atendimento e RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898						22-Nome do Contratado Exatante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	
26-Nome do Profissional Exatante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI						27-Número no CRO 125115		28-UF SP	
29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa						30-Código CBO S Envair - RX		31-Código CBO S (IF) 85200168-22	
32-Código CBO S (IF) 85200168-33						33-Código CBO S (IF) 85200158-36		34-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-Ant
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22	1	1	258,00	0,00	0,00	0,00
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	33	1	1	258,00	0,00	0,00	0,00
3	0085200168	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	1	533,00	0,00	0,00	0,00
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/01/2013									
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 1049,00									
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 adaptações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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									
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/2013									
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/2013									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/2013									
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/01/2013									
AV. JOÃO MARTINS GOELAL, 79 JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.									



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2021	4-Data de Autorização 20/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8301141	7-Data Validade da Senha 17/10/2021	777660 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532098100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ANDRESSA GONCALVES DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA GONCALVES DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 404641115892	22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 118509	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	42	VML	1	12200	0,00			20/10/2021		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/2021		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 12200		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o(s) valor(es) com o(s) documento(s) em anexo, documentando os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI - SP												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/2021		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2021		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2021		53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2021 DR. JOAO MARTINS COELHO JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 13.122-310 MARÍLIA - SP.						

Odontolife
Preenchimento Data e Hora

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-HP

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013		4-Data de Autorização 11/10/2013		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8377338		7-Data Validade da Senha 09/10/2014		496545 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																	
8-Número do Beneficiário 000202531200100000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																	
13-Nome BEATRIZ APARECIDA MAIELLO				14-Telefone 18/12/2000				15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Nome do titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO																																																																																																																																																																																																																			
17-Atendimento a RV N				18-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				19-Número no CRO 125115		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		21-Enviar - RX (1) 85100200 (2) 85100200																																																																																																																																																																																																																	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898				23-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI				24-Número no CRO 125115		25-Código CNES (1) 85100200 (2) 85100200		26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI																																																																																																																																																																																																																	
27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												28-UF SP		29-Código CBO S																																																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>00085100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>31</td> <td>VM</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>12/03/2014</td> <td></td> <td>Beatriz M</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>00085100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>41</td> <td>LM</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>12/03/2014</td> <td></td> <td>Beatriz M</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>00085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>13</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>12/03/2014</td> <td></td> <td>Beatriz M</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>00085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>14</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>12/03/2014</td> <td></td> <td>Beatriz M</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>00085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>15</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>12/03/2014</td> <td></td> <td>Beatriz M</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>00085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>24</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>12/03/2014</td> <td></td> <td>Beatriz M</td> </tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>														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	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M	2	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	LM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M	3	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M	4	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M	5	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M	6	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M	7													8													9													10													11													12													13													14													15												
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	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M																																																																																																																																																																																																																	
2	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	LM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M																																																																																																																																																																																																																	
3	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M																																																																																																																																																																																																																	
4	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M																																																																																																																																																																																																																	
5	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M																																																																																																																																																																																																																	
6	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/03/2014		Beatriz M																																																																																																																																																																																																																	
7																																																																																																																																																																																																																													
8																																																																																																																																																																																																																													
9																																																																																																																																																																																																																													
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 420,00		47-Valor Total R\$ 0,00																																																																																																																																																																																																																	
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												49-Observação 26.950.764/0001-31																																																																																																																																																																																																																	
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLE JON																																																																																																																																																																																																																													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2013				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2013				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2013				53-Data, local e Assinatura de Empresa 12/10/2013																																																																																																																																																																																																																	

AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310



2 - Nº Guia no Prestador

530932

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		125115/SP - CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		2		530932	
6 - Código na Operadora				7 - Nome do Contratado			
26950764000131				125115/SP - CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI			
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
13 - Número da Guia no Prestador				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status	
452719				452719		AUTORIZADO	
16 - Beneficiário				17 - Código da Glosa da Guia			
00202510550601573701 - KELLY CRISTINA DA SILVA							
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -			
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR		3068	
1- 131012021		27		019485200158			
26650							
0400							
2- 11							
11							
11							
3- 11							
11							
11							
4- 11							
11							
11							
5- 11							
11							
11							
6- 11							
11							
11							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)					
26650		000					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
1910112021		Cezar Augusto Freitas Cazar					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/11/21	4-Data de Autorização 13/10/31/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8211752	7-Data Validade da Senha 19/10/41/21
8-Número da Carteira 00202531200100000103					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Name GISELE DE FATIMA MAIELO					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano BEATRIZ APARECIDA MAIELLO					
16-Atendimento e REN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI					
18-Número no CRO 118509					
19-UF SP					
20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 404641115892					
22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI					
23-Número no CRO 118509					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI					
27-Número no CRO 118509					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-14					

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-	00852001140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14	1	1	333000	0,00	0,00		17/10/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Emissão / Término do Tratamento 18/10/11		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 333000		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, o valor assinalado no(s) valor(s) 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

18/10/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

18/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

18/10/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

18/10/11

26.950.784/0001-3
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJO
CAZARI E CAZARI LTDA.

AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1978
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-3

MADEIRA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



503088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2011	4-Data de Autorização 19/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8401221	7-Data Validade da Senha 16/10/2011
8-Número da Carteira 00202529375700000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA SANTOS DE MORAIS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SOLANGE SILVA DOS SANTOS	
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 40464115892		22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 118509	28-UF SP	29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00185200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	53300
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
33-Data Previsto Término do Tratamento 16/10/2011		34-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	35-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	36-Total Quantidade US 53300	37-Valor Total R\$ 0,00
38-Total Franquia / Co-participação R\$					
39-Data de Realização 16/10/2011					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Observação					
44-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2011					
45-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2011					
46-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/10/2011 Amanda					
47-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2011					

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 assistente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

26.950.764/0001-37
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,
CAZARI E CAZARI LTDA.
AV. JOÃO MARTINS DOELHO, 1079
JD. SANTA ANTONIA - CEP. 170-0-310
MARILIA - SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8367126	7-Data Validade da Senha 06/10/2012	2-Nº 494062 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253011860000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome SAMUEL RODRIGO FONSECA		14-Teléfono 30/04/1987	15-Nome do titular do plano SAMUEL RODRIGO FONSECA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		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
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00
2-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	88,00
3-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00
4-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00
5-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	88,00
6-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00
7-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00
8-00085100206		RESTAURAÇÃO RESINA	42	VDML	1	22,00
9-1						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Glosa						
42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/04/2012						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 603,00						
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 assistente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2012						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2012						
54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						
100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

7-1P



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 10/09/2012	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8388338	7-Data Validade da Guia 10/17/2012	494375 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202530111860000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JOAO PEDRO DIAS DE FARIA CASEMIRO FONSEC		14-Telefone 24/09/2012	15-Nome do titular do plano SAMUEL RODRIGO FONSECA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a 101 N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	18-Número no CNP 118509	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Dependência (CNP) / CEP 14044041115892	22-Nome do Contratado Responsável ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI	23-Número no CNP 118509	24-UF SP	25-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Fornecedor ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		27-Número no CNP 118509	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US
1-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	161000
2-000811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34000
3-000814000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1		72000
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
37-Valor						
38-Franquia / Co-participação R\$						
39-Ant						
40-Data de Realização						
41-Validade da Guia						
42-Assinatura						
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/2012						
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 167000						
47-Valor Total R\$ 0000						
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 por mim assinado(s), fui/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, as despesas com o tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2012						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2012						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2012						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/2012						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA. JOÃO MARTINS COELHO, 1979 JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARÍLIA - SP.						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 17/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8379769	7-Data Validade da Senha 09/10/2011	497180 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202510634900104011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AGRES SISTEMAS ELETRONICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome RICHARD CARLOS DE SOUZA		14-Telefone 26/09/1990	15-Nome do titular do plano RICHARD CARLOS DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alteramento e RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 404641115892	22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200						
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI			27-Número no CRO 118509	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100218						
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	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	22/03/21		
2	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	S	22/03/21		
3	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	23/03/21		
4	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	88,00	0,00	0,00	S	23/03/21		
5	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/03/21		
6	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	S	30/03/21		
7	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/21		
8	00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OPD	1	22,00	0,00	0,00	S	09/03/21		
9	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	08/04/21		
10	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	03/04/21		
11	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	03/04/21		
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/2011		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 840,00		47-Valor Total R\$ 10,00		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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2011						

26.950.704/0001-31

AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310

RUA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2013	4-Data de Autorização 08/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8365946	7-Data Validade da Senha 06/10/2013	493814 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253544380000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Name MICHELE ORTEGA DA SILVA		14-Telefone 15/07/1992		15-Nome do titular do plano MICHELE ORTEGA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a FN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115		24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		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
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Glória						
42-Assinatura						
10/8/10/2013						
126.950,764/0001-						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLE						
CAZARI CAZARI LTDA.						
AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1879						
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-000						
MARILIA - SP						

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/12	4-Data de Autorização 20/10/12	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191524	7-Data Validade da Série 13/10/12	452813 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020251055060646401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome FLAVIO AUGUSTO GARCIA		14-Telefone 13/03/1980		15-Nome do titular do plano FLAVIO AUGUSTO GARCIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898		22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115		24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 125115		28-UF SP		29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (IF) 85200158-27 (I) 85100200 (I) 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	88,00
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00
6	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27		1	533,00
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Emissão Termino do Tratamento 02.03.12						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade IJR						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/2/10 13/12/11						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/2/10 13/12/11						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/2/10 13/12/11						
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/2/10 13/12/11						
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI LTDA RUA DO SÃO MARTINS COELHO, 1879 JARDIM SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310 MARILIA - SP.						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

509550
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8426984	7-Data Validade da Senha 24/10/2012							
Dados do Beneficiário			509550 INTERCÂMBIO									
8-Número da Carteira 00202510550601883101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CARLOS EDUARDO RAPANELO RONDON			14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO RAPANELO RONDON								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 125115	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40573470898	22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 125115	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100218 (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI			27-Número no CRO 125115	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122,00				29/10/2012		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00				29/10/2012		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00				29/10/2012		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00				29/10/2012		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00				29/10/2012		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00				29/10/2012		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00				29/10/2012		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00				29/10/2012		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Fim do Tratamento 09/11/2012		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 576,00		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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJÓN												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2012			
CAZARI E CAZARI LTDA. AV. JOÃO MARTINS COELHO, 1979 JD. SANTA ANTONIETA - CEP: 17512-310 MADRUGADA - SP												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

519694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8468745	7-Data Validade da Senha 08/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536804000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TIAGO POLIZEL MARQUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TIAGO POLIZEL MARQUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		18-Número no CRO 118509	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 404641115892	22-Nome do Contratado Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		23-Número no CRO 118509	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-47 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI		27-Número no CRO 118509	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
1-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/04/21		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 765,00
47-Valor Total R\$ 26.950,76		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/21		CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARI			

AV. JOÃO M... 1979
JD. SANTAA... 17512-310



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

503596

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 503596	
6 - Código na Operadora 26950764000131		7 - Nome do Contratado 118509/SP - ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI					
8 - Número da Guia 459533		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 -							
13 - Número da Guia no Prestador 459533		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 459533		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202532098100000101 - ANDRESSA GONCALVES DE SOUZA	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -			
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Justificativa da Operadora			
31 - Valor Acatado							
1. 21/01/2021		11		01		94	
12900							
000							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
12900		000		26/01/2021			
36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora					