



395459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2010	4-Data de Autorização 21/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956623	7-Data Validade da Senha 12/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529234200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA		14-Telefone 26/11/1966 (11) 982760325	15-Nome do titular do plano EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	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-Momento da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00			21/10/2010		Eunice Alves
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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
Imagem analisada.

50-Data, local e Assinatura do Operador Odontológico 21/10/2010 Luciana Mengoni CRO 70971	51-Data, local e Assinatura do Operador Dentista 21/10/2010 Luciana Mengoni CRO 70971	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2010 Eunice Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



387227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2010	4-Data de Autorização 13/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924314	7-Data Validade da Senha 30/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025319591000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIVA FONSECA LARROCA		14-Telefone 22/04/1986	15-Nome do titular do plano DIVA FONSECA LARROCA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	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	13/10/20		Diva
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/10/20		Diva
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/10/20		Diva
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/10/20		Diva
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/10/20		Diva
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODM	1	122,00	0,00		S	14/10/20		Diva
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 30,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 14/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 14/10/2010 CRO 70971	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2010 Diva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	--	--



387231
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2019	4-Data de Autorização 13/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924319	7-Data Validade da Senha 30/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531959100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UM COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA FONSECA LARROCA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIVA FONSECA LARROCA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/10/20		Luciana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Odontólogo 14/10/2020 Luciana Mingo	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Odontólogo 14/10/2020 Luciana Mingo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2020 Diva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 70971/SP

Cirurgião Dentista: (2218) - LUCIANA MINGONE LEITE

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
387227 - I	DIVA FONSECA LARROCA (00202531959100000101)		01/10/2020	300	0.38	R\$ 114,00
387231 - I	ANDRESSA FONSECA LARROCA (00202531959100000103)		01/10/2020	34	0.38	R\$ 12,92
395459 - I	EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA (00202529234200000101)		14/10/2020	122	0.38	R\$ 46,36
Totalizador por Operadora						
					N° de USOs:	456
					N° de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 173,28
Totalizador						
					N° de USOs:	456
					N° de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 173,28

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 27/10/2020 14:00

Página 1 de 1