



546514
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/05/21		4-Data de Autorização 11/05/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8569754		7-Data Validade da Senha 08/08/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202537221200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LUCIANA CASSIANO SILVA						14-Telefone 30/09/1982		15-Nome do titular do plano LUCIANA CASSIANO SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES				18-Número no CRO 137861		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4575407870				22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES						27-Número no CRO 137861		28-UF SP		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	13/05/21		x Luciana	
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
4	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	13/05/21		x Luciana	
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
7	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
8	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	13/05/21		x Luciana	
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	27/05/21		x Luciana	
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/05/21		44-Tipo de Atendimento 1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 376,00		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 27/05/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/05/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/05/21 Luciana C. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



546507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/21	4-Data de Autorização 11/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Nº mero da Guia Principal 8539559	7-Data Validade da Senha 08/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202537221200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA CASSIANO SILVA 30/09/1982			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA CASSIANO SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES		18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870		22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/05/21		*Luciana
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/05/21		*Luciana
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/05/21		*Luciana
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/05/21		*Luciana
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/05/21		*Luciana
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/05/21	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 13/05/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/21 *Luciana C. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



536911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 30/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8533578	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202537030700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE		14-Telefone 25/02/1976		15-Nome do titular do plano NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870		22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861		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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MDVP	1	122,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDVP	1	122,00	0,00		S	19/05/21		x Noeli: 0
3	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDVP	1	122,00	0,00		S	19/05/21		x Noeli: 0
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MV	1	88,00	0,00		S	04/05/21		x Noeli: 0
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	122,00	0,00		S	04/05/21		x Noeli: 0
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMD	1	122,00	0,00		S	04/05/21		x Noeli: 0
7	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	12/05/21		x Noeli: 0
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
11	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	LI	1	88,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
12	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	41	MLI	1	122,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
13	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	42	MDVL	1	122,00	0,00		S	20/05/21		x Noeli: 0
14	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	45		1	73,00	0,00		S	12/05/21		x Noeli: 0
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/05/21	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 1359,00	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 20/05/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/21 x Noeli Bonaparte	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



536914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 30/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8533580	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202537030700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE			14-Telefone 25/02/1976	15-Nome do titular do plano NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES		18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870		22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES		23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES				27-Número no CRO 137861	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	28/04/21		x Neli O
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	20/05/21		Neli O
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	28/04/21		x Neli O
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/05/21		Neli O
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	28/04/21		x Neli O
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	20/05/21		x Neli O
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	28/04/21		x Neli O
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	20/05/21		Neli O
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	28/04/21		x Neli O
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Neli O
11	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	12/05/21		x Neli O
12	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	20/05/21		x Neli O
13	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	28/04/21		x Neli O
14	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Neli O
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/05/21	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 196,00	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 20/05/21 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/21 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/21 x Neli O	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

CRO: 137861/SP

Cirurgião Dentista: (17876) - IZABELLA ANTUNES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
536911 - I	NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE (00202537030700000101)		28/04/2021	1359	0.3	R\$ 407,70
536914 - I	NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE (00202537030700000101)		28/04/2021	196	0.3	R\$ 58,80
546507 - I	LUCIANA CASSIANO SILVA (00202537221200000101)		10/05/2021	178	0.3	R\$ 53,40
546514 - I	LUCIANA CASSIANO SILVA (00202537221200000101)		10/05/2021	376	0.3	R\$ 112,80

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	2109
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 632,70

Totalizador

N° de USOs:	2109
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 632,70

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 31/05/2021 23:11

Página 1 de 1