

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: EM SCHAFFER ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 10606276000252 (INTELIDENTE ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 55391/SP

Cirurgião Dentista: (15903) - ELISABETE MONTEIRO SCHAFFER

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
372697 - I	IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA (00202530570100000105)		10/09/2020	106	0.3	R\$ 31,80
376598 - I	JANAINA APARECIDA GONCALVES ALTEGIBES (00202531726400000101)		16/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
377404 - I	PAULA MIQUEAS PEREIRA CARDOSO (00202531800200000101)		17/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
377734 - I	ROSELITA CONCEICAO (00202526915800000101)		17/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
377789 - I	DANIEL CUSTODIO LIMA (00202526915800000103)		17/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
378108 - I	PAULA MIQUEAS PEREIRA CARDOSO (00202531800200000101)		18/09/2020	61	0.3	R\$ 18,30

Totalizador						
					Nº de USOs:	879
					Nº de atendimentos:	6
					Valor:	R\$ 263,70

CRO: 118821/SP

Cirurgião Dentista: (15902) - GISELE SANTO MOURA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
386584 - I	MERINALDO RODRIGUES DE SOUZA (00202510550600307903)		30/09/2020	144	0.3	R\$ 43,20
387491 - I	CLODOALDO GIBIN GARCIA (00202510550600419901)		01/10/2020	305	0.3	R\$ 91,50

Totalizador						
					Nº de USOs:	449
					Nº de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 134,70

Totalizador da Operadora						
					Nº de USOs:	1328
					Nº de atendimentos:	8
					Valor:	R\$ 398,40

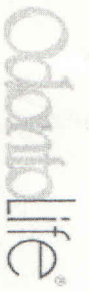
Totalizador da Clínica						
					Nº de USOs:	1328
					Nº de atendimentos:	8
					Valor:	R\$ 398,40

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: 24/11/2020 15:29

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



377789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 9/12/01 4-Data de Autenticação 10/6/11 1/10/12/01 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7882548 7-Data Validade da Sentia 11/6/11 12/12/01

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/6/9/1/5/8/0/0/0/0/1/0/3/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Sentia 13-Nome DANIEL CUSTODIO LIMA 25/05/1967 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROSELIITA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

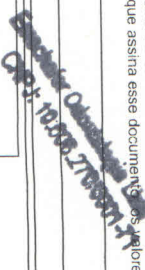
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1-10	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	1,0	0
2-10	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0
3-10	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0
4-10	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0
5-10	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	1,0	0
6-1								
7-1								
8-1								
9-1								
10-1								
11-1								
12-1								
13-1								
14-1								
15-1								
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$
14/01/2020		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		178,00		10,00
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.								
48-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) 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 14/01/2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/2020 53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/01/2020

Stp de Saude



2-N



Q 5

378108
INTERCÂMBIO

1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
PAULA MIQUEAS PEREIRA CARDOSO

025 -
Faturar Empresa

1

39-Aut	
R\$	

11

1	2
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	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

1111

1	2	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	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11

—

1	2
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	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

100

1	2	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	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	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	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

47-Valor Total R\$

...cumprir as orientações de
...minha conta, ao prof

1000

ata, local e Cairimbo da Emp07/04/2020



387491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/11/2020 4-Data de Autorização 10/11/2020 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7924546 7-Data Validade da Sentia 13/01/2021

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/2021 5-1050604199901 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLODALDO GIBIN GARCIA 14-Teléfono 27/06/1968 15-Nome do titular do plano CLODALDO GIBIN GARCIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE SANTO MOURA 18-Número no CRO 118821 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1384087528155 22-Nome do Contratado Executante GISELE SANTO MOURA 23-Número no CRO 118821 24-UF SP 25-Código CNES 1185100218 26-Nome do Profissional Executante GISELE SANTO MOURA 27-Número no CRO 118821 28-UF SP 29-Código CBO S 1185100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	16	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	05 OUT 2020
2-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	12	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	05 OUT 2020
3-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	12	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	05 OUT 2020
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2020 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 305,00 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) 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.

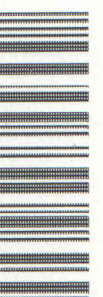
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05 OUT 2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05 OUT 2020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05 OUT 2020 53-Data, local e Contraponto da Empresa 05 OUT 2020 CNPJ 10.000.000/0001-72

Empresário Odontologia Ltda - ME

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
13/01/2019

4-Dia de Autenticação
10/11/2019

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7921138

7-Dia Validade da Santa
12/01/2020

386584
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero do Cartão
10121021510151060130799031

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MERINALDO RODRIGUES DE SOUZA

14-Telefone
(11) 430312050

15-Nome do titular do plano
KELI CRISTINA PEREIRA DOMINGUES

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN
GISELE SANTO MOURA

17-Nome do Profissional Solicitante
GISELE SANTO MOURA

18-Número no CRO
118821

19-UF
SP

20-Código CEO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
138408752855

22-Numero do Cartão do Executante
GISELE SANTO MOURA

23-Número no CRO
118821

24-UF
SP

25-Código CNES
118821

26-UF
SP

27-Código CEO S
025 -

28-Nome do Profissional Escrivão
GISELE SANTO MOURA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centim/Região	34-Preço	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-10	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	05.001.2020
2-10	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	05.001.2020
3-10	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	05.001.2020
4-10	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	05.001.2020
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista de Atendimento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Atendimento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Valor Total R\$

54-Valor Total R\$

55-Valor Total R\$

56-Valor Total R\$

57-Valor Total R\$

58-Valor Total R\$

59-Valor Total R\$

60-Valor Total R\$

61-Valor Total R\$

62-Valor Total R\$

63-Valor Total R\$

64-Valor Total R\$

65-Valor Total R\$

66-Valor Total R\$

67-Valor Total R\$

68-Valor Total R\$

69-Valor Total R\$

70-Valor Total R\$

71-Valor Total R\$

72-Valor Total R\$

73-Valor Total R\$

74-Valor Total R\$

75-Valor Total R\$

76-Valor Total R\$

77-Valor Total R\$

78-Valor Total R\$

79-Valor Total R\$

80-Valor Total R\$

81-Valor Total R\$

82-Valor Total R\$

83-Valor Total R\$

84-Valor Total R\$

85-Valor Total R\$

86-Valor Total R\$

87-Valor Total R\$

88-Valor Total R\$

89-Valor Total R\$

90-Valor Total R\$

91-Valor Total R\$

92-Valor Total R\$

93-Valor Total R\$

94-Valor Total R\$

95-Valor Total R\$

96-Valor Total R\$

97-Valor Total R\$

98-Valor Total R\$

99-Valor Total R\$

100-Valor Total R\$

101-Valor Total R\$

102-Valor Total R\$

103-Valor Total R\$

104-Valor Total R\$

105-Valor Total R\$

106-Valor Total R\$

107-Valor Total R\$

108-Valor Total R\$

109-Valor Total R\$

110-Valor Total R\$

111-Valor Total R\$

112-Valor Total R\$

113-Valor Total R\$

114-Valor Total R\$

115-Valor Total R\$

116-Valor Total R\$

117-Valor Total R\$

118-Valor Total R\$

119-Valor Total R\$

120-Valor Total R\$

121-Valor Total R\$

122-Valor Total R\$

123-Valor Total R\$

124-Valor Total R\$

125-Valor Total R\$

126-Valor Total R\$

127-Valor Total R\$

128-Valor Total R\$

129-Valor Total R\$

130-Valor Total R\$

131-Valor Total R\$

132-Valor Total R\$

133-Valor Total R\$

134-Valor Total R\$

135-Valor Total R\$

136-Valor Total R\$

137-Valor Total R\$

138-Valor Total R\$

139-Valor Total R\$

140-Valor Total R\$

141-Valor Total R\$

142-Valor Total R\$

143-Valor Total R\$

144-Valor Total R\$

145-Valor Total R\$

146-Valor Total R\$

147-Valor Total R\$

148-Valor Total R\$

149-Valor Total R\$

150-Valor Total R\$

151-Valor Total R\$

152-Valor Total R\$

153-Valor Total R\$

154-Valor Total R\$

155-Valor Total R\$

156-Valor Total R\$

157-Valor Total R\$

158-Valor Total R\$

159-Valor Total R\$

160-Valor Total R\$

161-Valor Total R\$

162-Valor Total R\$

163-Valor Total R\$

164-Valor Total R\$

165-Valor Total R\$

166-Valor Total R\$

167-Valor Total R\$

168-Valor Total R\$

169-Valor Total R\$

170-Valor Total R\$

171-Valor Total R\$

172-Valor Total R\$

173-Valor Total R\$

174-Valor Total R\$

175-Valor Total R\$

176-Valor Total R\$

177-Valor Total R\$

178-Valor Total R\$

179-Valor Total R\$

180-Valor Total R\$

181-Valor Total R\$

182-Valor Total R\$

183-Valor Total R\$

184-Valor Total R\$

185-Valor Total R\$

186-Valor Total R\$

187-Valor Total R\$

188-Valor Total R\$

189-Valor Total R\$

190-Valor Total R\$

191-Valor Total R\$

192-Valor Total R\$

193-Valor Total R\$

194-Valor Total R\$

195-Valor Total R\$

196-Valor Total R\$

197-Valor Total R\$

198-Valor Total R\$

199-Valor Total R\$

200-Valor Total R\$

201-Valor Total R\$

202-Valor Total R\$

203-Valor Total R\$

204-Valor Total R\$

205-Valor Total R\$

206-Valor Total R\$

207-Valor Total R\$

208-Valor Total R\$

209-Valor Total R\$

210-Valor Total R\$

211-Valor Total R\$

212-Valor Total R\$

213-Valor Total R\$

214-Valor Total R\$

215-Valor Total R\$

216-Valor Total R\$

217-Valor Total R\$

218-Valor Total R\$

219-Valor Total R\$

220-Valor Total R\$

221-Valor Total R\$

222-Valor Total R\$

223-Valor Total R\$

224-Valor Total R\$

225-Valor Total R\$

226-Valor Total R\$

227-Valor Total R\$

228-Valor Total R\$

229-Valor Total R\$

230-Valor Total R\$

231-Valor Total R\$

232-Valor Total R\$

233-Valor Total R\$

234-Valor Total R\$

235-Valor Total R\$

236-Valor Total R\$

237-Valor Total R\$

238-Valor Total R\$

239-Valor Total R\$

2-N

372697
INTERCÂMBIO372697
INTERC

110

ude

1

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Ort	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franqueia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 1 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0	10 1 0 0		S			
2- 0 0	8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 1 0 0	10 1 0 0		S			
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data: 25/09/2020

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: 1 0 6 1 0 0

47- Valor Total R\$: 10 1 0 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$: 0 0 0 0

25 SET 2020

25 SET 2020

Assinatura

49-Observação

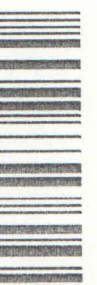
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25 SET 2020	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25 SET 2020	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável	25 SET 2020	
51-Data, local e Carimbo da Empresa	25 SET 2020	

Exhibit C



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



376598

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/2020	4-Data de Autorização 16/04/2020	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876696	7-Data Validade da Guia 15/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253172640000001011	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 12121210
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

Dados do Contratado

13-Nome JANAINA APARECIDA GONCALVES ALTEGIBES	14-Data de Nascimento 16/04/1984	15-Nome do titular do plano JANAINA APARECIDA GONCALVES ALTEGIBES
--	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 025
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 250770422680001	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	27-Número no CRO 55391	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Requirido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Solicitação	42-Resposta
1-010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,00	0,00		S	08 OUT 2020		
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08 OUT 2020		
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08 OUT 2020		
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08 OUT 2020		
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08 OUT 2020		
6-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data de Tratamento 08 OUT 2020	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 Fratura / 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 do tratamento 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 essa guia, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme o nome e arca com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data de Emissão da Guia 08 OUT 2020	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08 OUT 2020	52-Data de Assinatura do Beneficiário Responsável 08 OUT 2020	53-Data de Assinatura da Empresa 08 OUT 2020
---	---	--	---

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

Empresa

08 OUT 2020



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



377404
INTERCÂMBIO

3-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2019 12:01		4-Data de Autorização 06/11/2019 12:01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7880537		7-Data Validação de Santa 11/06/2019 12:01	
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 01002025318000200000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome do titular do plano PAULA MIQUEAS PEREIRA CARDOSO	
14-Nome PAULA MIQUEAS PEREIRA CARDOSO		23/06/1977		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		16-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		17-Data de Realização 07/08/2020	
18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		20-Código CBO S 025 -		21-Código CBO S 55391		22-Código CBO S 55391		23-Código CBO S 55391	
24-Data de Operação / CNPJ / CPF 12/07/2014 21680001		25-Nome do Contatado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		26-Número no CBO 55391		27-Número no CBO 55391		28-UF SP		29-Código CBO S SP	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Descrição		32-Dente/Região		33-Face		34-Cid		35-Quantidade US	
36-Tabela		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
1-0018100000165		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34		00		01000	
2-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
3-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
4-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
5-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
6-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
7-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
8-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
9-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
10-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
11-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
12-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
13-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
14-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
15-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
16-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
17-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
18-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
19-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
20-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
21-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
22-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
23-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
24-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
25-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
26-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
27-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
28-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
29-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
30-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
31-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
32-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
33-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
34-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
35-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
36-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
37-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
38-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
39-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
40-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
41-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
42-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
43-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
44-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
45-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
46-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
47-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
48-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
49-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
50-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
51-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
52-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
53-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
54-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
55-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
56-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
57-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
58-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
59-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
60-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
61-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
62-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
63-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
64-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
65-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
66-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
67-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
68-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
69-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
70-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
71-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
72-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
73-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
74-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
75-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
76-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
77-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
78-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
79-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
80-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
81-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
82-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
83-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
84-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
85-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
86-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
87-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
88-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
89-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
90-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
91-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
92-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
93-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
94-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
95-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
96-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
97-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
98-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
99-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	
100-0018530000147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00		01000	

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

50-Data de Emissão da Guia
07/08/2020
51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista
07/08/2020
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
07/08/2020
53-Data local e Assinatura da Empresa
07/08/2020
54-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
55-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
56-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
57-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
58-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
59-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
60-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
61-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
62-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
63-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
64-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
65-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
66-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
67-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
68-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
69-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
70-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
71-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
72-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
73-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
74-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
75-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
76-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
77-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
78-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
79-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
80-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
81-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
82-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
83-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
84-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
85-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
86-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
87-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
88-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
89-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
90-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
91-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
92-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
93-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
94-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
95-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
96-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
97-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
98-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
99-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020
100-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
07/08/2020



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



377734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/07/2019

4-Data de Autorização
10/06/2019

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7882272

7-Data Validade da Sentença
16/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002012526915800000101

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
ROSELITA CONCEICAO

03/04/1967

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROSELITA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

18-Número no CRO
55391

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
250704268001

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

27-Número no CRO
55391

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Data de Realização
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00			14/01/2020		
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			14/01/2020		
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			14/01/2020		
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			14/01/2020		
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			14/01/2020		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/2020	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 / Coparticipação R\$				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/01/2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/01/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
14/01/2020

53-Data, local e Assinatura da Empresa
14/01/2020

stop da sua