

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA ODONTO ART S.O.S EIRELI

CNPJ: 34790119000127 (ODONTO ART S.O.S)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 43387/MG

Cirurgião Dentista: (16484) - SUZANE DE FATIMA VIEIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
350275 - I	CAROLINA STEPHANIE DOS REIS LIMA (00202530706200000101)		03/08/2020	42	1.43	R\$ 60,06
350279 - I	RYCHARD SEBASTYAN SOARES FERREIRA DE CAR (00202506065500169103)		03/08/2020	42	1.43	R\$ 60,06
356356 - I	JULIANA PEREIRA PIMENTA DOS SANTOS (00202531318700000101)		13/08/2020	42	1.43	R\$ 60,06
363086 - I	ISAQUE FELIPE BORGES (00202531346600000102)		24/08/2020	42	1.43	R\$ 60,06
363119 - I	RYCHARD SEBASTYAN SOARES FERREIRA DE CAR (00202506065500169103)		24/08/2020	42	1.43	R\$ 60,06
372350 - I	RENATA DUQUE DA SILVA (00202525915600000101)		09/09/2020	42	1.43	R\$ 60,06
376537 - I	EULER LEANDRO LEOCADIO (00202506065500345301)		16/09/2020	42	1.43	R\$ 60,06
379999 - I	VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO (00202532256300000101)		21/09/2020	42	1.43	R\$ 60,06
383723 - I	ALESSANDRA PEREIRA DA SILVA (00202532167900000101)		25/09/2020	42	1.43	R\$ 60,06

Totalizador

N° de USOs:	378
N° de atendimentos:	9
Valor:	R\$ 540,54

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	378
N° de atendimentos:	9
Valor:	R\$ 540,54

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 43387/MG

Cirurgião Dentista: (16484) - SUZANE DE FATIMA VIEIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
354369 - I	GABRIEL MURTA MENDES (00370000019911427)		10/08/2020	42	1.43	R\$ 60,06

Totalizador

N° de USOs:	42
N° de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 60,06

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	42
N° de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 60,06

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	420
N° de atendimentos:	10
Valor:	R\$ 600,60

Suzane de Fátima Vieira
CIRURGIÁ DENTISTA
CROMG: 43387Suzane de Fátima Vieira
CIRURGIÁ DENTISTA
CROMG: 43387**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: 30/09/2020 17:23

Página 1 de 1



1.3. Qualificação para VCEI 809V

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2018	4-Data de Autorização 11/01/2018	5-Santa PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número de Guia Principal 354369	7-Data Validade da Santa 08/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

354369
INTERCAMBIO

8-Número de Carteira 1010370000019911427	9-Patrimônio POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade de Carteira 11/01/2018	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704808585199547
---	-------------------------------------	---	--	--

13-Nome GABRIEL MURTA MENDES	31/03/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GABRIEL MURTA MENDES
---------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101824298640	22-Nome do Contratado Especiente SUZANE DE FATIMA VIEIRA
26-Nome do Profissional Especiente SUZANE DE FATIMA VIEIRA	27-Número no CRO 43387
28-UF MG	29-Código CBO S 801 -

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1.	00181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	3,40	0,00		N	10/19/2018		
2.	00185100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	43	1	1	8,00	0,00		N	10/19/2018		
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2018	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 42,00	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 e contraio. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Paciente com afecção a crônica necessitando de uma restauração no elemento 43, foi feita a consulta de urgência e a restauração do mesmo.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2018/21/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2018/21/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2018/21/01	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/01/2018/21/01
--	---	---	---	---

Assinatura do Cirurgião-Dentista
Cirurgião-Dentista
CRO/MG 13381

2. **ANALYSIS**383723
INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019	4-Data de Autorização 11/11/19	5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 379999	7-Data Validade da Série 12/11/2019
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 101020253225630000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/19	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 379999 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO
--	------------------------------	--

16-Acreditamento a RN SUZANE DE FATIMA VIEIRA	17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA	18-Número no CRO 43387	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110824298640	22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA	23-Número no CRO 43387	24-UF MG	25-Código CNES 28-Código CBO S
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA	27-Número no CRO 43387	28-UF MG	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 Causa	42-Assinatura
1-0	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00		N	12/11/2019	24-09-19	
2-0	085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	48	1	1	8,00	0,00		N	12/11/2019	24-09-19	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/19	44-Tipo de Acreditamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Estudo Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Faltas de dentes que necessitam de restauração de qualidade para garantir a função e estética.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/11/2019
---	---	---	--

Suzane de Fatima Vieira
CIRURGIÃO DENTISTA
CROMG 43387

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



376537
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

5-Dia de Emissão da Guia
11/09/2010

4-Data de Autorização
11/09/2010

5-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
376537

7-Dia Validade da Sentença
11/09/2010

8-Número da Carteira
01020215060655003453011

9-Polígono
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Dia Validade da Carteira
11/09/2010

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EULIER LEANDRO LEOCADIO

17/11/1972

14-Teléfono
()

15-Nome do titular do plano
EULIER LEANDRO LEOCADIO

16-Abandono e RN
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

22-Nome do Contratado Executante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

27-Número no CRO
43387

28-UF
MG

29-Código CBO S
43387

30-Código CBO S
43387

31-UF
MG

32-Código CBO S
43387

33-UF
MG

34-Código CBO S
43387

35-UF
MG

36-Código CBO S
43387

37-UF
MG

38-Código CBO S
43387

39-UF
MG

40-Código CBO S
43387

41-UF
MG

42-Código CBO S
43387

43-UF
MG

44-Código CBO S
43387

45-UF
MG

46-Código CBO S
43387

18-Abandono e RN
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

19-Nome do Profissional Solicitante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

23-Nome do Contratado Executante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

28-Número no CRO
43387

29-UF
MG

30-Código CBO S
43387

31-UF
MG

32-Código CBO S
43387

33-UF
MG

34-Código CBO S
43387

35-UF
MG

36-Código CBO S
43387

37-UF
MG

38-Código CBO S
43387

39-UF
MG

40-Código CBO S
43387

41-UF
MG

42-Código CBO S
43387

43-UF
MG

44-Código CBO S
43387

45-UF
MG

46-Código CBO S
43387

20-Código na Ordem / CIP / CIP
11081242198640

21-Nome do Contratado Executante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

26-Número no CRO
43387

27-UF
MG

28-Código CBO S
43387

29-UF
MG

30-Código CBO S
43387

31-UF
MG

32-Código CBO S
43387

33-UF
MG

34-Código CBO S
43387

35-UF
MG

36-Código CBO S
43387

37-UF
MG

38-Código CBO S
43387

39-UF
MG

40-Código CBO S
43387

41-UF
MG

42-Código CBO S
43387

43-UF
MG

44-Código CBO S
43387

45-UF
MG

46-Código CBO S
43387

24-Nome do Profissional Solicitante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

25-Nome do Contratado Executante
SUZANE DE FATIMA VIEIRA

30-Número no CRO
43387

31-UF
MG

32-Código CBO S
43387

33-UF
MG

34-Código CBO S
43387

35-UF
MG

36-Código CBO S
43387

37-UF
MG

38-Código CBO S
43387

39-UF
MG

40-Código CBO S
43387

41-UF
MG

42-Código CBO S
43387

43-UF
MG

44-Código CBO S
43387

45-UF
MG

46-Código CBO S
43387

30-Tabela
31-Código do Procedimento
1-000811000057

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

33-Quantidade
21

34-Valor
1,00

35-Quantidade
1,00

36-Valor
1,00

37-Quantidade
1,00

38-Valor
1,00

39-Quantidade
1,00

40-Valor
1,00

41-Quantidade
1,00

42-Valor
1,00

43-Quantidade
1,00

44-Valor
1,00

45-Quantidade
1,00

46-Valor
1,00

47-Quantidade
1,00

48-Valor
1,00

49-Quantidade
1,00

50-Valor
1,00

51-Quantidade
1,00

52-Valor
1,00

53-Quantidade
1,00

54-Valor
1,00

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

3-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

4-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

5-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

6-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057

7-000811000057



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2010	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Seria PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 372350	7-Data Valsado os Seria 10/08/2012
--------------------------	---	-----------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número do Cartão	0 0 2 0 2 5 2 5 9 1 5 6 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade do Contrato	1/1 1/1 1/1 1/1
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	RENATA DUQUE DA SILVA
14-Telefone	10.01/1978
15-Nome do titular do plano	RENATA DUQUE DA SILVA

16-Atividade	17-Nome do Produtor(a) Solteiro(a)	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
025 -	SUZANE DE FATIMA VIEIRA	43387	MG	

21-Código na Operadora CNPJ / CPF	10824298640
22-Nome do Contratado Executante	SUZANE DE FATIMA VIEIRA
23-Número no CRO	43387
24-UF	MG
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Examinante	SUZANE DE FATIMA VIEIRA		
27-Número no CRO	43387		
28-UF	MG		
29-Código CBO S			

Banco de Fomento / FIDUCIARIA S.A. C.A.B.	
10- Titular	32- Descripción
31- Código de Provenimiento	33- Dómine/Región
34- Face	35- Old
36- Cantidad US	37- Valor
38- Franquia/Co-participación R\$	39- Aut
40- Fecha de Realización	41- Motivo da Glosa
42- Assinatura	

[illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

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

[illegible]

50-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Cerrado da Empresa
			 11/11/18 11/11/18

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 12/11/08 11/20 4-Dia de Autorização 11/11/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número de Guia Principal 363119 7-Dia Validade da Sentença 12/11/11 11/20 8-INTERCAMBIO 363119

9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RICHARD SEBASTYAN SOARES FERREIRA DE CAR 31/10/2009 14-Telefone (11) 1010101010 15-Endereço do titular do plano EDERSON FERREIRA DE CARVALHO

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Societário SUZANE DE FÁTIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11018124219186140 22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FÁTIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES 43387 26-Nome do Profissional Escalante SUZANE DE FÁTIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 28-UF MG 29-Código CBO S

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-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-01018124219186140	01018124219186140	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE CURATIVO DE DEMORA EM	64	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11/11/08
2-01018124219186140	01018124219186140					8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11/11/08
3-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
4-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
5-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
6-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
7-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
8-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
9-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
10-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
11-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
12-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
13-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
14-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
15-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
16-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
17-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
18-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
19-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
20-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
21-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
22-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
23-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
24-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
25-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
26-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
27-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
28-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
29-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
30-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
31-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
32-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
33-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
34-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
35-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
36-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
37-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
38-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
39-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
40-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
41-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
42-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
43-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
44-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
45-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
46-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
47-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
48-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
49-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
50-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
51-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
52-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
53-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
54-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
55-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
56-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
57-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
58-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
59-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
60-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
61-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
62-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
63-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
64-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
65-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
66-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
67-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
68-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
69-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
70-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
71-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
72-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
73-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
74-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
75-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
76-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
77-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
78-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
79-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
80-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
81-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
82-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
83-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
84-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
85-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
86-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
87-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
88-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
89-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
90-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
91-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
92-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
93-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
94-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
95-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
96-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
97-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
98-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
99-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08
100-01018124219186140	01018124219186140											11/11/08

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 42,00 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 no 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: PACIENTE chegou com dor e sem capricho deante da foi feita uma NUCA CURATIVO

50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 25/10/08 51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista 25/10/08 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/08 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 25/10/08

Suzane de Fátima Vieira
Cirurgiã Dentista
CRM 14.335-1

2-Nr



Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



356356
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 18/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 18/12/01	5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 356356	7-Data Validade da Série 11/1/11 1/12/01
8-Número da Carteira 10102025313187000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/3/10 18/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA PEREIRA PIMENTA DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIANA PEREIRA PIMENTA DOS SANTOS			
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110824298640					
22-Nome do Contratado Escudante SUZANE DE FATIMA VIEIRA					
26-Nome do Profissional Escudante SUZANE DE FATIMA VIEIRA					
27-Número no CRO 43387					
28-UF MG					
29-Código CRO S					
30-UF MG					
31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE TRATAMENTO EM					
33-Dentista Regido 34-Fee 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Clima 42-Atividade					

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Fee	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Atividade
1-10	01	81100057				34	10,00			13/08/2010		
2-10	01	85200034				8	10,00			13/08/2010		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Paciente a 44 encaminhada ao especialista.

50-City, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/08/2010

51-City, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/08/2010

52-City, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/08/2010

53-City, Local e Assinatura da Empresa
13/08/2010

54-City, Local e Assinatura do Profissional
13/08/2010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



INTERCAMBIO

350279

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão de Guia 03/10/2009

4-Data de Autorização 03/10/2009

5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número de Guia Principal 350279

7-Data Validade de Sentença 01/11/2010

8-Nome do Beneficiário

9-Número de Carteira 00202506065500169103

10-Plano

POS REDE PRESTADORA

11-Endereço

CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

12-Data Validade do Plano 03/10/2009

13-Nome

RYCHARD SEBASTYAN SOARES FERREIRA DE CAR

14-Telefone

31/10/2009

15-Nome do titular do plano

EDERSON FERREIRA DE CARVALHO

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

22-Nome do Contratado Excitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

18-Número no CRO 43387

19-UF MG

23-Número no CRO 43387

24-UF MG

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Número no CRO 43387

28-UF MG

29-Código CBO S

30-Franquia/Co-participação R\$

31-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

26-Nome do Profissional Excitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

22-Nome do Contratado Excitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

18-Número no CRO 43387

19-UF MG

23-Número no CRO 43387

24-UF MG

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Número no CRO 43387

28-UF MG

29-Código CBO S

30-Franquia/Co-participação R\$

31-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabele 31-Código de Procedimento

32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSE

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 Guia

2



Digitalizada com CamScanner