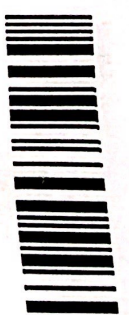


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



346357  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414  
 3-Data de Emissão de Guia 12/7/017/12/01  
 4-Data de Autorização 10/8/018/12/01  
 5-Serina AUTORIZADO  
 6-Número de Guia Principal 7738365  
 7-Data Validade da Série 25/11/01/2101

8-Plano POS REDE PRESTADORA  
 9-Plano DENTAL UNI COOPERATIVA  
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
 13-Nome FRANCIELE DALANE SILVA  
 14-Teléfono  
 15-Nome do Titular do plano ANGELICA FERREIRA DA COSTA NASCIMENTO

16-Atendimento a RN N  
 17-Nome do Profissional Solitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
 18-Número no CRO 125115  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (UF) 852200158-36  
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 405713147108918  
 22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
 23-Número no CRO 125115  
 24-UF SP  
 25-Código CNES  
 26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
 27-Número no CRO 125115  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Grossa 42- Assinatura
1-0	018520101158	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	11	533	100	0100	11018110181210			<i>Franciele Dalane Silva</i>
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento  
 44-1-tipo de Atendimento  
 45-Tipo de Faturamento  
 46-Total Quantidade US 533,3100  
 47-Valor Total R\$ 1010,10  
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante  
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável  
 53-Data, local e Assinatura do Profissional  
 CENTRO ODONTOLÓGICO CALLETON  
 CAZARI E CAZARI LTDA  
 MARILIA - SP







1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 11/14/10  
4-Dado de Autorização 1310/1017/1210  
5-Série AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 7705459  
7-Data Validade da Série 11/2/10  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número de Caixa 10102151101510161011611510121  
9-Tipo POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Nome do titular do plano LOURIVAL MOTA DOS SANTOS

13-Nome RAFAELLA SALTORATO COSTA

14-Telefone 12012005

15-Data Validade do Plano 12/01/2005

16-Número no CRO 125115

17-Número no CRO 125115

18-UF SP

19-UF SP

20-Código CBO S

21-UF SP

22-Código CNES

23-Número no CRO 125115

24-UF SP

25-Código CBO S

26-UF SP

27-Código CBO S

28-UF SP

29-Código CBO S

30-UF SP

31-UF SP

32-UF SP

33-UF SP

34-UF SP

35-UF SP

36-UF SP

37-UF SP

38-UF SP

39-UF SP

40-UF SP

41-UF SP

42-UF SP

43-UF SP

44-UF SP

45-UF SP

46-UF SP

47-UF SP

48-UF SP

49-UF SP

50-UF SP

51-UF SP

52-UF SP

53-UF SP

54-UF SP

55-UF SP

56-UF SP

57-UF SP

58-UF SP

59-UF SP

60-UF SP

61-UF SP

62-UF SP

63-UF SP

64-UF SP

65-UF SP

66-UF SP

67-UF SP

68-UF SP

69-UF SP

70-UF SP

71-UF SP

72-UF SP

73-UF SP

74-UF SP

75-UF SP

76-UF SP

77-UF SP

78-UF SP

79-UF SP

80-UF SP

81-UF SP

82-UF SP

83-UF SP

84-UF SP

85-UF SP

86-UF SP

87-UF SP

88-UF SP

89-UF SP

90-UF SP

91-UF SP

92-UF SP

93-UF SP

94-UF SP

95-UF SP

96-UF SP

97-UF SP

98-UF SP

99-UF SP

100-UF SP

101-UF SP

102-UF SP

103-UF SP

104-UF SP

105-UF SP

106-UF SP

107-UF SP

108-UF SP

109-UF SP

110-UF SP

111-UF SP

112-UF SP

113-UF SP

114-UF SP

115-UF SP

116-UF SP

117-UF SP

118-UF SP

119-UF SP

120-UF SP

121-UF SP

122-UF SP

123-UF SP

124-UF SP

125-UF SP

126-UF SP

127-UF SP

128-UF SP

129-UF SP

130-UF SP

131-UF SP

132-UF SP

133-UF SP

134-UF SP

135-UF SP

136-UF SP

137-UF SP

138-UF SP

139-UF SP

140-UF SP

141-UF SP

142-UF SP

143-UF SP

144-UF SP

145-UF SP

146-UF SP

147-UF SP

148-UF SP

149-UF SP

150-UF SP

151-UF SP

152-UF SP

153-UF SP

154-UF SP

155-UF SP

156-UF SP

157-UF SP

158-UF SP

159-UF SP

160-UF SP

161-UF SP

162-UF SP

163-UF SP

164-UF SP

165-UF SP

166-UF SP

167-UF SP

168-UF SP

169-UF SP

170-UF SP

171-UF SP

172-UF SP

173-UF SP

174-UF SP

175-UF SP

176-UF SP

177-UF SP

178-UF SP

179-UF SP

180-UF SP

181-UF SP

182-UF SP

183-UF SP

184-UF SP

185-UF SP

186-UF SP

187-UF SP

188-UF SP

189-UF SP

190-UF SP

191-UF SP

192-UF SP

193-UF SP

194-UF SP

195-UF SP

196-UF SP

197-UF SP

198-UF SP

199-UF SP

200-UF SP

201-UF SP

202-UF SP

203-UF SP

204-UF SP

205-UF SP

206-UF SP

207-UF SP

208-UF SP

209-UF SP

210-UF SP

211-UF SP

212-UF SP

213-UF SP

214-UF SP

215-UF SP

216-UF SP

217-UF SP

218-UF SP

219-UF SP

220-UF SP

221-UF SP

222-UF SP

223-UF SP

224-UF SP

225-UF SP

226-UF SP

227-UF SP

228-UF SP

229-UF SP

230-UF SP

231-UF SP

232-UF SP

233-UF SP

234-UF SP

235-UF SP

236-UF SP

237-UF SP

126.950.764/0001-31

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,

CAZARIE CAZARLEIDA

JOSÉ MARTINS COELHO, 1979.  
JD. SANTA ANTONIETA - CEP. 17512-310  
MARILIA - SP

3.08.20

3.08.20

3.08.20

3.08.20

3.08.20



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 10/09/10 4-Data de Autorização 11/11/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7893653 7-Data Válido de Guia 10/11/10 8-Data Válido de Emissão 10/11/10 9-Data Válido de Saúde 10/11/10

10-Número do Contrato 01/02/1993 11-Plano POS REDE PRESTADORA 12-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 13-Nome do Titular do Plano LUCIANO MENDES FERNANDES 14-Teléfono ( ) 3121231141417

15-Abandono e RN N 16-Abandono e RN JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR 17-Nome do Profissional Solitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR 18-Número no CRO 103071 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1319154111519138441111 22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR 23-Número no CRO 103071 24-UF SP 25-Código CRO S 26-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR 27-Número no CRO 103071 28-UF SP 29-Código CRO S 30-Faturar Empresa Enviar - RX (F) 95200158-38

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0852	0101158	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	513	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
2-00	0851	1001196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	11	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
3-00	0851	1001196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	11	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
4-00	0851	1001196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	11	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
5-00	0851	1001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	11	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
6-00	0853	0101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	13	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
7-00	0853	0101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	13	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
8-00	0853	0101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	13	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
9-00	0853	0101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	13	1010	101010	1	11/11/10		Juliano
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/16/10 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 9211010 47-Valor Total R\$ 20950,76 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010

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 obrigações de assistência e pagar com os custos previstos em contrato. Firmo a presente declaração em duas vias, uma para o profissional assistente e outra para o paciente. Assinatura do Paciente: *Juliano Ferraz* Assinatura do Profissional Assistente: *Jose Antonio Callejon*

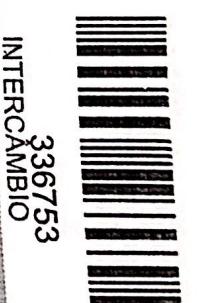
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/10 *Juliano Ferraz* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 12/31/10 *Luciano Mendes Fernandes* 53-Data, local e Assinatura do Responsável 12/31/10 *Luciano Mendes Fernandes*

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/10 *Jose Antonio Callejon*

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário 12/31/10 *Luciano Mendes Fernandes*

56-Data, local e Assinatura do Responsável 12/31/10 *Luciano Mendes Fernandes*

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON, CAZARI E CAZARILTA











355307  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414  
3-Dia de Emissão de Guia 12/10/18/12/01  
4-Data de Autorização 13/10/18/12/01  
5-Semla AUTORIZADO  
6-Número de Guia Principal 7780666  
7-Data Validade da Semla 11/01/11/12/01

8-Numero da Carteira 101020215110515016011411712011  
9-Piano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Numero do Cardo Nacional de Saude

13-Nome MARA SILVIA SANTANA FLUMIAN  
31/10/1965  
14-Telefone  
15-Nome do titular do plano MARA SILVIA SANTANA FLUMIAN

16-Atendimento em RN  
17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
18-Numero no CRO 125115  
19-UF SP  
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNO/ J/ CPF 140573470898  
22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
23-Numero no CRO 125115  
24-UF SP  
25-Código CNES  
26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
27-Numero no CRO 125115  
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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	10	821010859	EXODONTIA DE RAIZ		24	73,10	0,00			11/08/2018		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento  
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência  
45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial  
46-Total Quantidade US 173,10  
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 alienativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor devido pelo procedimento, 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  
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
53-Data, Local e Cópia de Assinatura do Responsável

12.050.764/0001-31

CENTRO ODONTOLÓGICO CALEJONI  
CARRIE CAZARI LIDA  
J.D. MARTINS COELHO, 1979  
J.D. SANTA ANTONIETA - CEP: 17512-340  
MARILIA - SP.





1-Endereço AVS 406414  
 2-Dia de Emissão da Guia 12/7/05/20  
 3-Dia de Autorização 12/8/05/20  
 4-Código de Autorização AUTORIZADO  
 5-Número da Guia Principal 7697941  
 6-Dia Validada da Guia 12/5/10/18/20  
 7-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCAMBIO  
 317525

8-Atividade de Classe 010202528058501001011  
 9-Tipo de Empresa POS REDE PRESTADORA  
 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA  
 11-Dia Validada da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Atividade de Classe 0708/1986  
 14-Tipo de Empresa  
 15-Nome do titular do plano RAFAEL SANCHES DO AMARAL  
 16-Atividade de Classe N  
 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 18-Atividade de Classe N 103071  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa  
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1395411593844  
 22-Nome do Contratado Encarregado JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 23-Número no CNO 103071  
 24-UF SP  
 25-Código CNE S Enviar - RX  
 26-Nome do Profissional Encarregado JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 27-Número no CNO 103071  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S (1) 85100228  
 30-Atividade de Classe N

30- Trabalho	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Fregio	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gêsis	42- Assinatura
1	010	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26	1	1	53,30	0,00			17/08/20		
2	010	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23	1	25,80	0,00				17/08/20		
3	010	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VPMD	1122,00	0,00				12/08/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia 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\$

49-Observação  
 Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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 em nome do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

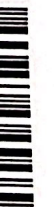
50-Dia, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
 51-Dia, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 52-Dia, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
 53-Dia, Local e Assinatura do Profissional Encarregado

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON  
 CAZARIE CAZARIEDA  
 MARÍLIA - SP









2 - Nº Guia no Prestador

362254

19 -

12 -

11 -

10 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

0 -

9 -

8 -

7 -





Registro AYS

3 - Nome de Operadora  
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso  
2

5 - Número da Guia de Recurso de Recursos de Glosas Atribuído pela  
343967

Código na Operadora

7 - Nome do Contratado

6950764000131

1251153SP - CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI

Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código de Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Endereço do Recurso de Guia

13 - Número da Guia no Prestador

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

15 - Status

16 - Beneficiário

17 - Justificativa

18 -

1189211

31189211

AUTORIZADO

0020252937570000103 - GUSTAVO SANTOS DE MORAIS

Código de Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

19 -

*S. clia lançada com a data correta do procedimento.*

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Data de Regiço

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

28 - Valor Recusado

29 - Justificativa do Prestador

30 - Valor Aceitado

31 - Justificativa da Operadora

01M06M2020

13/06/2020

01

914

851100196

CONSULTA ODONTOLÓGICA

13117

01M06M2020

13/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

01M06M2020

20/06/2020

01

914

851100196

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

13117

2 - Valor Total Recusado (R\$)

1081510

33 - Valor Total Aceitado (R\$)

01010

5 - Data do Recurso

04M06M2020

35 - Assinatura do Prestador

*[Handwritten Signature]*

36 - Data da Assinatura da Operadora

MM/AA/YY

37 - Assinatura da Operadora

*[Handwritten Signature]*













Registro AYS

3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

7 - Nome do Contratado

JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia de Recursos das Glosas Autorizado pelo

362236

6 - Código da Operadora

16950764000131

Nº da Recurso de Protocolo

1030718P - JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR

9 - Número do Protocolo

3192196

10 - Código da Guia do Protocolo

AUTORIZADO

11 - Justificativa

002023023100000101 - SANDRA REGINA MARROQUES

12 -

13 - Número da Guia no Prestador

1192196

14 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

3192196

15 - Status

AUTORIZADO

18 - Benefício

002023023100000101 - SANDRA REGINA MARROQUES

19 -

Código da Guia da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

16 - Data de Realização do Procedimento

02/06/2020

21 - Dente/Região

01, D

22 - Faço

01

23 - Quantidade

94

24 - Tabela

85200158

25 - Procedimento/Item Assistencial

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

26 - Descrição do Procedimento

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES

27 - Código da Guia

30440

28 - Valor Recusado

02662020

29 - Justificativa do Prestador

Rx final enviado, Interior estava espelhado.

30 - Valor Acusado

04400

31 - Justificativa da Operadora

Rx final enviado, Interior estava espelhado.

32 -

02662020

04400

01, D

01

94

85200158

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES

30440

02662020

04400

01, D

01

94

85200158

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES

30440

2 - Valor Total Recusado (R\$)

3110510

33 - Valor Total Acusado (R\$)

04400

1 - Data do Recurso

014/06/2020

35 - Assinatura do Prestador

[Signature]

36 - Data da Assinatura da Operadora

11/11

37 - Assinatura da Operadora





2 - Nº Guia no Prestador

362235

1 - Nome de Operadora  
**DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

6 - Objeto do Recurso  
**2**

7 - Nome do Contratado  
**JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR**

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela  
**362235**

8 - Código de Recurso  
**16950764000131**

9 - Número do Protocolo  
**103071SP - JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR**

10 - Código da Glosa do Protocolo  
**103071SP - JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR**

11 - Justificativa  
**103071SP - JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR**

12 - Número da Guia no Prestador  
**31106811**

13 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora  
**31106811**

14 - Status  
**RECURSO DE**

15 - Beneficiário  
**ANDREA APARECIDA GUIMARAES RIBEIRO**

16 - Justificativa  
**ANDREA APARECIDA GUIMARAES RIBEIRO**

17 - Código da Glosa da Guia  
**05M05M202047**

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)  
**RX FINAL ENVIADO NA GUIA DA PACIENTE.**

19 - Código da Glosa  
**30410**

20 - Data de Realização do Procedimento  
**05M05M202047**

21 - Dente/Região  
**0**

22 - Face  
**0**

23 - Quantidade  
**01**

24 - Tabela  
**94**

25 - Procedimento/Item Assistencial  
**85100196**

26 - Descrição do Procedimento  
**TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR**

27 - Código da Glosa  
**30410**

28 - Valor Recusado  
**30150**

29 - Valor Recusado  
**30150**

30 - Valor Acabado  
**0100**

31 - Justificativa da Operadora  
**30150**

32 - Valor Total Recusado (R\$)  
**297100**

33 - Valor Total Acabado (R\$)  
**0100**

34 - Data do Recurso  
**25M08M20120**

35 - Assinatura do Prestador  
**[Assinatura]**

36 - Data da Assinatura da Operadora  
**[Assinatura]**

37 - Assinatura da Operadora  
**[Assinatura]**





339262  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414  
 3-Dia de Emissão de Guia 11/14/10 17/12/10  
 4-Data de Autorização 13/01/07/12/10  
 5-Série AUTORIZADO  
 6-Número de Guia Principal 7705436  
 7-Dia Validade de Série 11/2/11 10/12/10

8-Numero de Carteira 0101210121511055101610116115101013  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA ANGELA GONCALVES SALTORATO  
 27/09/1965  
 14-Idade ( ) 32 16 14 14 17 0 3  
 15-Nome do titular do plano LOURIVAL MOTA DOS SANTOS

16-Atendimento a RV  
 17-Nome do Profissional Solicitante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
 18-Numero no CRO 125115  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S  
 21-Código na Operadora / CNP / CPF 4101517347108918  
 22-Nome do Contratado Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
 23-Numero no CRO 125115  
 24-UF SP  
 25-Código CNES  
 26-Nome do Profissional Executante CESAR AUGUSTO FREITAS CAZARI  
 27-Numero no CRO 125115  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S  
 025 - Faturar Empresa

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fixo 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fixo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	11	1,010	16	1,010	1	11/08/12		
2-1010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	11	1,010	16	1,010	1	11/08/12		
3-1010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	11	1,010	16	1,010	1	11/08/12		
4-1010	851301014171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	11	3,610	3,6	1,010	1	11/08/12		
5-1010	851301014171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	11	3,610	3,6	1,010	1	11/08/12		
6-1010	851301014171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HALE	1	11	3,610	3,6	1,010	1	11/08/12		
7-1010	851301014171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HALE	1	11	3,610	3,6	1,010	1	11/08/12		
8-1010	811010101310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	11	3,400	3,4	1,010	1	11/08/12		
9-1111	111101011916											
10-1111	111101011916											
11-1111	111101011916											
12-1111	111101011916											
13-1111	111101011916											
14-1111	111101011916											
15-1111	111101011916											

43-Dias Previstos Terminos do Tratamento  
 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência  
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial  
 46-Total Quantidade US 13611,010  
 47-Valor Total R\$ 26.950,764/0001-371  
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração que após ter sido devidamente esboçado, cotejado os procedimentos, preços, condições e abrangências de tratamento, conforme o sistema apresentado, aceita e autoriza a realização do tratamento, comprometendo-se a pagar as parcelas mensais e a cumprir as condições de pagamento estabelecidas no contrato. O presente guia é válido por 30 dias, contados a partir da data de emissão. O não atendimento em até 30 dias após a emissão do guia acarretará a perda do mesmo, sendo necessário a emissão de novo guia. O presente guia não substitui o contrato de prestação de serviços odontológicos.

26.08.20  
 26.08.20  
 AV. JERONIMUS  
 SANTOS  
 MATIJA - SP  
 12-310





1-Registro ANS 406414  
 3-Sede de Emissão da Guia 117/018/210  
 4-Dado de Autorizado 119/018/210  
 5-Senha AUTORIZADO  
 6-Número de Guia Principal 7792373  
 7-Duas Vésulas de Senha 115/111/210  
 8-Número de Carreia 1002102151105106011881011011  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA  
 11-Duas Vésulas de Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FERNANDO SERGIO FUZZO  
 25/07/1962  
 14-Telefone  
 15-Nome do titular do plano FERNANDO SERGIO FUZZO

16-Atendimento a RN  
 17-Nome do Profissional Solitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 18-Número no CRO 103071  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S  
 21-Código na Operadora / CNP / CPF 3195411519318414  
 22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 23-Número no CRO 103071  
 24-UF SP  
 25-Código CUES  
 26-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 27-Número no CRO 103071  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S  
 025 - Faturar Empresa  
 Enviar - RX  
 (1) 85100200  
 (1F) 85200140-24  
 (1F) 85200140-25

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matno da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185110021010	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VD	11	18,81010				11/08/2011		
2-0	0185210011410	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		11	33,31010				11/08/2011		
3-0	0185210011410	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		11	33,31010				11/08/2011		
4-0	01854004671	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	11		11	8,1010				11/08/2011		
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto 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 17621010  
 47-Valor Total R\$ 101010  
 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 os procedimentos necessários para a realização dos serviços 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 o valor devido pelo plano de saúde, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,

CAZARE COZARILIDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
 11/08/2011  
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 11/08/2011  
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
 11/08/2011  
 53-Data, local e Contato da Empresa  
 MARTINS COELHO, 1979  
 MONOMETA - CEP. 17512-310  
 MARILIA - SP





1-Registro ANS 406414  
 3-Dia de Emisso da Guia 12/10/17  
 4-Dia de Autorização 12/19/10  
 5-Senha AUTORIZADO  
 6-Número de Guia Principal 7725557  
 7-Data Validade da Senha 12/01/10

8-Planos de Beneficiário  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VIVIANE EMIDIO DA SILVA RODRIGUES  
 28/09/1980  
 14-Telefone  
 15-Nome do titular do plano CLAUDIO ROBERTO RODRIGUES JUNIOR

16-Academico a FN N  
 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 18-Número no CRO 103071  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora/CNPJ/CPF 139541593844  
 22-Nome do Contratado Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 23-Número no CRO 103071  
 24-UF SP  
 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante JOSE ANTONIO CALLEJON JUNIOR  
 27-Número no CRO 103071  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1	00	851100196	34	0	11	161,10	0,00					
2	00	851100196	35	0	11	161,10	0,00					
3	00	851100196	36	0	11	161,10	0,00					
4	00	851100196	44	0	11	161,10	0,00					
5	00	851100196	45	0	11	161,10	0,00					
6	00	851100196	46	0	11	161,10	0,00					
7	00	851100196	47	0	11	161,10	0,00					
8	00	851100200	24	0D	11	168,00	0,00					
9	00	851100196	25	0	11	161,10	0,00					
10	00	851100196	22	P	11	161,10	0,00					
11	00	851100196	21	P	11	161,10	0,00					
12	00	851100196	14	0	11	161,10	0,00					
13	00	851100196	15	0	11	161,10	0,00					
14	00	851100196	16	0	11	161,10	0,00					
15												

43-Data Prescrição 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 Quantitativo US 1881100  
 47-Valor Total R\$ 10000  
 48-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Valor Total R\$ 10000  
 50-Valor Total R\$ 10000  
 51-Valor Total R\$ 10000  
 52-Valor Total R\$ 10000  
 53-Valor Total R\$ 10000

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 Local e Assinatura do Responsável  
 Local e Assinatura do Contratado Executante  
 Local e Assinatura do Profissional Solicitante  
 Local e Assinatura do Profissional Executante  
 Local e Assinatura do Contratado Executante  
 Local e Assinatura do Profissional Solicitante  
 Local e Assinatura do Profissional Executante

CENTRO ODONTOLÓGICO CALLEJON,  
 CAZARI E CAZARI LTDA.  
 CAZARI - SP.