

CRO: 118268/SP

Cirurgião Dentista: (17531) - SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
351647 - I	LUCAS BAZAN SILVA (00202506065700525001)		05/08/2020	122	0.4	R\$ 48,80
358405 - I	DANILO LIMA CASTRO SANTOS (00202506065700489501)		17/08/2020	174	0.4	R\$ 69,60
362812 - I	ELIETE VIEIRA DOS SANTOS FERREIRA (40641400004900141802)		24/08/2020	174	0.4	R\$ 69,60
362820 - I	BRENDA VITORIA DOS SANTOS FERREIRA (40641400004900141803)		24/08/2020	106	0.4	R\$ 42,40
365272 - I	SIMONE DE ALMEIDA ALVES (00202510550600125401)		27/08/2020	174	0.4	R\$ 69,60
368167 - I	CINTIA PIRES CARDOSO SILVA (00202506065700177204)		01/09/2020	178	0.4	R\$ 71,20
368184 - I	CAROLINA DE OLIVEIRA RIBEIRO (00202506065700254102)		01/09/2020	174	0.4	R\$ 69,60
373896 - I	PAULO HENRIQUE PEDROSO (00202531943100000102)		11/09/2020	174	0.4	R\$ 69,60
373899 - I	VANESSA DE PAULA MACHADO PEDROSO (00202531943100000101)		11/09/2020	174	0.4	R\$ 69,60
374525 - I	CINTIA PIRES CARDOSO SILVA (00202506065700177204)		14/09/2020	150	0.4	R\$ 60,00
377585 - I	PAULO HENRIQUE PEDROSO (00202531943100000102)		17/09/2020	122	0.4	R\$ 48,80
377588 - I	VANESSA DE PAULA MACHADO PEDROSO (00202531943100000101)		17/09/2020	61	0.4	R\$ 24,40
377593 - I	HENRY WILIANS MACHADO PEDROSO (00202531943100000103)		17/09/2020	106	0.4	R\$ 42,40
384252 - I	MARCIO MILER GONCALVES (00202532423900000101)		28/09/2020	174	0.4	R\$ 69,60
385569 - I	KATHELLYN SILVA DA CRUZ (00202506065700521503)		29/09/2020	34	0.4	R\$ 13,60
Totalizador						
				Nº de USOs:		2097
				Nº de atendimentos:		15
				Valor:		R\$ 838,80

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: 01/10/2020 17:59

Página 1 de 1

2-Na⁺

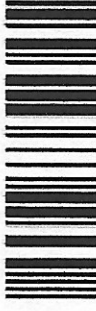
Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acirar com os custos previstos em seu conteúdo. Declino, ainda que o(a) procedimento(o) 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, compreendendo-me a acirar com os custos contidos no presente documento.

40-Observação

Dr. Sergio Augusto Stella Pardini
Cirurgião Dentista
CROSP 118.268
Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377588
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
16/11/2012

6-Número da Guia Principal
7881525

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/10/2012

3-Data de Emissão da Guia
17/10/2012

2-Data de Emissão da Guia
17/10/2012

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Contratado Responsável pelo Tratamento
02/02/53194310000101

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
VANESSA DE PAULA MACHADO PEDROSO

14-Telefone
(11) 11111111

13-Data de Emissão da Guia
06/10/1990

16-Número no CRO
118268

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

17-Nome do Profissional Solicitante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

21-Número no CRO
118268

24-UF
SP

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

23-Número no CRO
118268

25-Código CBO S
118268

28-UF
SP

27-Número no CRO
118268

26-Número no CRO
118268

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Face
35-Qtd
36-V

37-Valor
38-Fratura/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glosa

42-Data de Realização
43-Motivo da Glosa

44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

101-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

102-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

103-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

104-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

105-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

106-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

107-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

108-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

109-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

110-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

111-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

112-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

113-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

114-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

115-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

116-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

117-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

118-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

119-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

120-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

121-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

122-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

123-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

124-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

125-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

126-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

127-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

128-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

129-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

130-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

131-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

132-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

377593
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Senha
11/06/12 12/10/12

6-Número da Guia Principal
7881726

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/12/10 09/12/10

3-Data de Emissão da Guia
17/10/09 12/10/10

1-Atividade
414

2-Beneficiário

3-Data de Carreira

020202531943100000103

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12-00000000000000000000

16

17-Contratado Responsável pelo Tratamento
JURY WILLIAMS MACHADO PEDROSO

09/10/2010

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

VANESSA DE PAULA MACHADO PEDROSO

18-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

22-Nome do Contratado Executante
SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA

23-Número no CRO
118268

24-UF
SP

25-Código CNES
118268

26-UF
SP

27-Número no CRO
118268

28-Código CBO S

29-Código CBO S

30-Código CBO S

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

43-Assinatura

44-Assinatura

45-Assinatura

46-Assinatura

47-Assinatura

48-Assinatura

49-Assinatura

50-Assinatura

51-Assinatura

52-Assinatura

53-Assinatura

54-Assinatura

55-Assinatura

56-Assinatura

57-Assinatura

58-Assinatura

59-Assinatura

60-Assinatura

61-Assinatura

62-Assinatura

63-Assinatura

64-Assinatura

65-Assinatura

66-Assinatura

67-Assinatura

68-Assinatura

69-Assinatura

70-Assinatura

71-Assinatura

72-Assinatura

73-Assinatura

74-Assinatura

75-Assinatura

76-Assinatura

77-Assinatura

78-Assinatura

79-Assinatura

80-Assinatura

81-Assinatura

82-Assinatura

83-Assinatura

84-Assinatura

85-Assinatura

86-Assinatura

87-Assinatura

88-Assinatura

89-Assinatura

90-Assinatura

91-Assinatura

92-Assinatura

93-Assinatura

94-Assinatura

95-Assinatura

96-Assinatura

97-Assinatura

98-Assinatura

99-Assinatura

100-Assinatura

101-Assinatura

102-Assinatura

103-Assinatura

104-Assinatura

105-Assinatura

106-Assinatura

107-Assinatura

108-Assinatura

109-Assinatura

110-Assinatura

111-Assinatura

112-Assinatura

113-Assinatura

114-Assinatura

115-Assinatura

116-Assinatura

117-Assinatura

118-Assinatura

119-Assinatura

120-Assinatura

121-Assinatura

122-Assinatura

123-Assinatura

124-Assinatura

125-Assinatura

126-Assinatura

127-Assinatura

128-Assinatura

129-Assinatura

130-Assinatura

131-Assinatura

132-Assinatura

133-Assinatura

134-Assinatura

135-Assinatura

136-Assinatura

137-Assinatura

138-Assinatura

139-Assinatura

140-Assinatura

141-Assinatura

142-Assinatura

143-Assinatura

144-Assinatura

145-Assinatura

146-Assinatura

147-Assinatura

148-Assinatura

149-Assinatura

150-Assinatura

151-Assinatura

152-Assinatura

153-Assinatura

154-Assinatura

155-Assinatura

156-Assinatura

157-Assinatura

158-Assinatura

159-Assinatura

160-Assinatura

161-Assinatura

162-Assinatura

163-Assinatura

164-Assinatura

165-Assinatura

166-Assinatura

167-Assinatura

168-Assinatura

169-Assinatura

170-Assinatura

171-Assinatura

172-Assinatura

173-Assinatura

174-Assinatura

175-Assinatura

176-Assinatura

177-Assinatura

178-Assinatura

179-Assinatura

180-Assinatura

181-Assinatura

182-Assinatura

183-Assinatura

184-Assinatura

185-Assinatura

186-Assinatura

187-Assinatura

188-Assinatura

189-Assinatura

190-Assinatura

191-Assinatura

192-Assinatura

193-Assinatura

194-Assinatura

195-Assinatura

196-Assinatura

197-Assinatura

198-Assinatura

199-Assinatura

200-Assinatura

201-Assinatura

202-Assinatura

203-Assinatura

204-Assinatura

205-Assinatura

206-Assinatura

207-Assinatura

208-Assinatura

209-Assinatura

210-Assinatura

211-Assinatura

212-Assinatura

213-Assinatura

214-Assinatura

215-Assinatura

216-Assinatura

217-Assinatura

218-Assinatura

219-Assinatura

220-Assinatura

221-Assinatura

222-Assinatura

223-Assinatura

224-Assinatura

225-Assinatura

226-Assinatura

227-Assinatura

228-Assinatura

229-Assinatura

230-Assinatura

231-Assinatura

232-Assinatura

233-Assinatura

234-Assinatura

235-Assinatura

236-Assinatura

237-Assinatura

238-Assinatura

239-Assinatura

240-Assinatura

241-Assinatura

242-Assinatura

243-Assinatura

244-Assinatura

245-Assinatura

246-Assinatura

247-Assinatura

248-Assinatura

249-Assinatura

250-Assinatura

251-Assinatura

252-Assinatura

253-Assinatura

254-Assinatura

255-Assinatura

256-Assinatura

257-Assinatura

258-Assinatura

259-Assinatura

260-Assinatura

261-Assinatura

262-Assinatura

263-Assinatura

264-Assinatura

265-Assinatura

266-Assinatura

267-Assinatura

268-Assinatura

269-Assinatura

270-Assinatura

271-Assinatura

272-Assinatura

273-Assinatura

274-Assinatura

275-Assinatura

276-Assinatura



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/09 12:01	4-Data de Autorização 13/09/09 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7910352	7-Data Validade da Senha 27/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012002532423900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome MARCIO MILER GONCALVES					
14-7 dígitos					
15-Nome do titular do plano MARCIO MILER GONCALVES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	18-Número no CRO 118268	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1601043158501	22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	23-Número no CRO 118268	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA	27-Número no CRO 118268	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
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1
3	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1
4	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1
5	010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
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 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, 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 Carimbo da Empresa
10/11/2012	10/11/2012	10/11/2012	10/11/2012

Sergio A. Pereira
Cirurgião Dentista
CRO-SP: 118268

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



385569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2019		4-Data de Autorização 13/09/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7915904		7-Data Validade da Guia 12/08/2021	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0101202506065700521503				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome KATHELLYN SILVA DA CRUZ			
14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano CLAUDINEI APARECIDO DA CRUZ				16-Abandono a RN N			
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA				18-Número no CRO 118268				19-UF SP			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1161004311585011				22-Nome do Contratado Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA				23-Número no CRO 118268			
25-Nome do Profissional Executante SERGIO AUGUSTO STELLA PEREIRA				26-Número no CRO 118268				27-UF SP			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0101810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34		00		00	
2-1											
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 11/11/11		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 34,00		47-Valor Total R\$ 10,10		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma salutar. 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

Sergio A. B. Pereira
Cirurgião Dentista
CRO-SP: 118268

53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/11/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
19/11/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/11/2019