



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/7/10 11/12/21

4-Data de Autorização
12/7/10 11/12/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9515665

7-Data Validade da Senha
12/7/10 14/12/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101021025110550610035101031

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SERGIO RICARDO DE PADILLA

08/10/2009

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
SERGIO RICARDO AMORIM PADILLA

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-

21-UF
SP

22-Código CNES
SP

23-UF
SP

24-Código CBO S

25-UF
SP

26-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
121510710421680011

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CNES
SP

26-UF
SP

27-Código CBO S

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-UF
SP

31-Código CBO S

26-Nome do Profissional Solicitante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moio da Guia	42-Assinatura
1-010	18110000130	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,10	0,10	0,10	1	11/12/21	28/01/22	
2-101	1814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	0,10	0,10	1	11/12/21	28/01/22	
3-101	1814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	0,10	0,10	1	11/12/21	28/01/22	
4-101	1814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	0,10	0,10	1	11/12/21	28/01/22	
5-101	1814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,10	0,10	0,10	1	11/12/21	28/01/22	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data de Emissão do Tratamento
28/01/22

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1174,10

47-Valor Total R\$
10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,10

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, 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/01/22

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/01/22

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/01/22

53-Data, local e Assinatura da Empresa
28/01/22

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
28/01/22



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



833017
INTERCÂMBIO

1-Registro A.S.	406414	3-Data de Emissão da Guia	11/01/0111/22	4-Data de Autorização	11/01/0111/22	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	9447139	7-Data Validade da Semana	11/01/0111/22
-----------------	--------	---------------------------	---------------	-----------------------	---------------	---------------------	----------------------------	---------	---------------------------	---------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	00020254348180000001021	9-Piano	POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	11/01/0111/22	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
----------------------	-------------------------	---------	---------------------	------------	------------------------	------------------------------	---------------	---------------------------------------	--

13-Nome

DANIE DOS SANTOS DA SILVA

12/05/1997

14-Telefone	()	15-Nome do titular do plano	DALLIA FELICIANO
-------------	-----	-----------------------------	------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código de Operadora / CNPJ / CPE	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
1251071042681010	ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	55391	SP		

26-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
55391	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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-Montio da Glosa	42-Assinatura
1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
		RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	18	8	10	0			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Diagnóstico / Tipo de Tratamento	44-Tipo de Aterramento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/01/0111/22	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1- Total 2-Parcial	18	8	10	0

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, referentes ao tratamento realizado, compreendendo-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
11/01/0111/22	11/01/0111/22	11/01/0111/22	11/01/0111/22

11-01-2001
11-01-2001
11-01-2001
11-01-2001