



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.2.2

297296
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2013	4-Data de Autorização 10/09/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7459311	7-Data Validade da Senha 10/04/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020252259720000113011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Empresa GLOBAL GEOMATICA ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CICERA SANTANA LANDIM SILVA		14-Telefone 22/04/1972	15-Nome do titular do plano CICERA SANTANA LANDIM SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENT-X IMAGEM	18-Número no CRO 56821	19-UF SP	20-Código CBO B 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 11759846855		22-Nome do Contratado Executante NAYA FLAITT CLASEN	23-Número no CRO 56821	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NAYA FLAITT CLASEN		27-Número no CRO 56821	28-UF SP	29-Código CBO B	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid
1-00081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		178100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Oclusa					
42-Assinatura					
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, escolho 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), foram realizados 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-Observações					
50-Data, local e Assinatura do Cargado-Donatário Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



286246

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	4-Data de Autorização 15/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7398840	7-Data Validade da Senha 11/10/2015
8-Número da Carteira 0002025220561600000101013					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/10/11	
13-Nome LUANA CHRISTINA DE OLIVEIRA		14-Telefone 10/04/2015 (11) 319219176142		15-Nome do titular do plano LUCIANA DA SILVA BARBOSA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENT-X IMAGEM		18-Número no CRO 56821	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1759181816151		22-Nome do Contratado Executante NAYA FLAITT CLASEN		23-Número no CRO 56821	
26-Nome do Profissional Executante NAYA FLAITT CLASEN		27-Número no CRO 56821		28-UF SP	
29-UF SP		30-Código CBO S 09		31-Código CNES 025 - Faturar Empresa	
32-Envio - RX (1) 8100405		33-Envio - RX (1) 8100405		34-Envio - RX (1) 8100405	
35-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 36-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/15 37-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 38-Data de Realização 15/10/2015 39-Quantidade US 78100 40-Valor Total R\$ 10108 41-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
42-Data de Realização 15/10/2015 43-Total Franquia / Participação R\$ 10108 44-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
45-Data de Realização 15/10/2015 46-Total Franquia / Participação R\$ 10108 47-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
48-Data de Realização 15/10/2015 49-Total Franquia / Participação R\$ 10108 50-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
51-Data de Realização 15/10/2015 52-Total Franquia / Participação R\$ 10108 53-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
54-Data de Realização 15/10/2015 55-Total Franquia / Participação R\$ 10108 56-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
57-Data de Realização 15/10/2015 58-Total Franquia / Participação R\$ 10108 59-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
60-Data de Realização 15/10/2015 61-Total Franquia / Participação R\$ 10108 62-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
63-Data de Realização 15/10/2015 64-Total Franquia / Participação R\$ 10108 65-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
66-Data de Realização 15/10/2015 67-Total Franquia / Participação R\$ 10108 68-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
69-Data de Realização 15/10/2015 70-Total Franquia / Participação R\$ 10108 71-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
72-Data de Realização 15/10/2015 73-Total Franquia / Participação R\$ 10108 74-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
75-Data de Realização 15/10/2015 76-Total Franquia / Participação R\$ 10108 77-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
78-Data de Realização 15/10/2015 79-Total Franquia / Participação R\$ 10108 80-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
81-Data de Realização 15/10/2015 82-Total Franquia / Participação R\$ 10108 83-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
84-Data de Realização 15/10/2015 85-Total Franquia / Participação R\$ 10108 86-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
87-Data de Realização 15/10/2015 88-Total Franquia / Participação R\$ 10108 89-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
90-Data de Realização 15/10/2015 91-Total Franquia / Participação R\$ 10108 92-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
93-Data de Realização 15/10/2015 94-Total Franquia / Participação R\$ 10108 95-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
96-Data de Realização 15/10/2015 97-Total Franquia / Participação R\$ 10108 98-Total Franquia / Participação R\$ 10108					
99-Data de Realização 15/10/2015 100-Total Franquia / Participação R\$ 10108 101-Total Franquia / Participação R\$ 10108					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240

286240
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7398801	7-Data Validade da Guia 11/10/2012						
8-Dados do Beneficiário 10-Número da Carteira 0020252205660000010102 13-Nome ALICIA MONTEIRO 14-Data de Nascimento 29/12/2004 14-Telefone (11) 3929-17642			9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde	15-Data Validade da Guia 11/10/2012							
16-Atendimento e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DENT-X IMAGEM 18-Número no CRO 56821 19-UF SP 20-Código CEO B 09 21-Código de Operadora (CNPJ) / CPF 1759846855 22-Nome do Contratado Executante NAYA FLAITT CLASEN 23-Número no CRO 56821 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NAYA FLAITT CLASEN 27-Número no CRO 56821 28-UF SP 29-Código CEO B			025 - Faturar Empresa								
30-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-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-	010346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00			01/10/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/2012		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 346,00		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 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 assinar este 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 15/10/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2012		

Dr. Luis Araki
Rádio 24.495-7610001-67
Av. Prof. Sebastião Paulo de Toledo Zúñiga
455 - Vila Industrial - S. J. dos Campos-SP



284753
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7390864	7-Data Validade da Senha 07/10/15
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025225972000110011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GLOBAL GEOMATICA ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO SERGIO DE SOUZA JUNIOR			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO SERGIO DE SOUZA JUNIOR	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENT-X IMAGEM		18-Número no CRO 56821	19-UF SP	20-Código CBO B 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17598846855		22-Nome do Contratado Executante NAYA FLAITT CLASEN		23-Número no CRO 56821	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante NAYA FLAITT CLASEN		26-Número no CRO 56821		27-UF SP	28-Código CBO B
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			7800
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
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-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 7800
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia - Coparticipação R\$		49-Total Franquia - Coparticipação 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 cobrir as obrigações do profissional assalente 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 11/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012	

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: FLAITT CLASEN & ARAKI CLINICA DE RADI ODONTOLOGICA LTDA ME

CNPJ: 24495789000167 (DENT-X IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 56821/SP

Cirurgião Dentista: (13454) - NAYA FLAITT CLASEN

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
284753 - I	PAULO SERGIO DE SOUZA JUNIOR (00202522597200011001)		07/02/2020	78	0.4	R\$ 31,20
285240 - I	ALICIA MONTEIRO (00202522056600000102)		11/02/2020	346	0.4	R\$ 138,40
286246 - I	LUANA CHRISTINA DE OLIVEIRA (00202522056600000103)		11/02/2020	78	0.4	R\$ 31,20
297296 - I	CICERA SANTANA LANDIM SILVA (00202522597200011301)		06/03/2020	78	0.4	R\$ 31,20

Totalizador

N° de USOs:	580
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 232,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	580
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 232,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	580
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 232,00

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: 04/05/2020 15:50

Página 1 de 1