

Não foi Possível
anexar a Capa de
Lote. Segue anexo
das guias concluídas.

291523 - concluída 09/03/2020

288796 - concluída 29/02/2020

293696 - concluída 14/03/2020

ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



291523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2020	4-Data de Autorização 10/09/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7426712	7-Data Validade da Senha 12/01/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 000202510550600903601		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 FABIANA DA CRUZ BATISTA		14-Telefone 22/03/1978	15-Data de Nascimento 22/03/1978	16-Nome do titular do plano FABIANA DA CRUZ BATISTA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Autorização a R/N N	18-Nome do Profissional Solicitante ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME	19-Número no CRO 63267	20-UF SP	21-Código CBO S 06	22-Faturar Empresa 025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25929266824	24-Nome do Contratado Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA	25-Número no CRO 63267	26-UF SP	27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA		29-Número no CRO 63267	30-UF SP	31-Código CBO S	

32-Item	33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa	45-Assinatura
1	0	8	1	0	0	0	6	0			09/03/20		X
2	0	8	5	3	0	0	4	7			09/03/20		X
3	0	8	5	3	0	0	4	7			09/03/20		X
4	0	8	5	3	0	0	4	7			09/03/20		X
5	0	8	5	3	0	0	4	7			09/03/20		X
6	0	8	5	1	0	0	1	9	6		09/03/20		X
7	0	8	5	1	0	0	1	9	6		09/03/20		X
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

46-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.

47-Observação:

48-Data, local e Assinatura de Criação-Dentista Solicitante 09/03/20	49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/20	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/20	51-Data, local e Assinatura da Empresa 09/03/20
---	---	---	--

ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

288796
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/2013	4-Data de Autorização 29/02/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7412416	7-Data Validade da Senha 15/05/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601741003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIA PEREIRA DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GIVANILDO PEREIRA MOURA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RRM N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME		18-Número no CRO 63267	19-UF SP	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25929266824		22-Nome do Contratado Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA	23-Número no CRO 63267	24-UF SP	25-Código CNES (f) 85100200 (f) 85100218
26-Nome do Profissional Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA		27-Número no CRO 63267	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	00810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2	00840010090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1
3	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	65	MO	1
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MDO	1
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 316,00					
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), 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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/03/2013		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/03/2013 Dra. Joyce Pessoa Cirurgiã Dentista CRO SP 126319		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/03/2013 x givanildo	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/03/2013		54-Data, local e Carimbo da Empresa 14/03/2013			

ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-47

293696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/02/2010	4-Data de Autorização 14/03/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7440188	7-Data Validade da Senha 29/05/2010							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020251055060117410011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GIVANILDO PEREIRA MOURA		14-Telefone 07/02/1977	15-Nome do titular do plano GIVANILDO PEREIRA MOURA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME	18-Número no CRO 63267	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 25929266824	22-Nome do Contratado Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA	23-Número no CRO 63267	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA	27-Número no CRO 63267	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-Cite	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/03/2010		Rebecca
2	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/03/2010		Rebecca
3	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/03/2010		Rebecca
4	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/03/2010		Rebecca
5	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00			14/03/2010		Rebecca
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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 178,00		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 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												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/03/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/03/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/03/2010		53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/03/2010		ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA				