

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 66287/SP

Cirurgião Dentista: (13509) - ADRIANE CECILIO CAMMARANO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
365482 - I	DEBORA SILENE DOS SANTOS DE OLIVEIRA (00202531340200000101)		27/08/2020	652	0.3	R\$ 195,60
365500 - I	NATHALY RHUAMA SANTOS DE OLIVEIRA (00202531340200000103)		27/08/2020	743	0.3	R\$ 222,90
365515 - I	TARCILLA RUSSI DIAS PAIVA COLADO (00202531420700000101)		27/08/2020	357	0.3	R\$ 107,10
365527 - I	LEANDRO PAIVA COLADO (00202531420700000102)		27/08/2020	34	0.3	R\$ 10,20
367709 - I	BRENDA MENDES EVARISTO (00202531312500000103)		01/09/2020	235	0.3	R\$ 70,50
370402 - I	LEANDRO PAIVA COLADO (00202531420700000102)		04/09/2020	72	0.3	R\$ 21,60
378302 - I	ALINE MENDES DOS SANTOS (00202531312500000102)		18/09/2020	350	0.3	R\$ 105,00
393564 - I	PAULA BIANCA DE SOUZA LOPES (00202532232000000101)		09/10/2020	1023	0.3	R\$ 306,90
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		3466
				N° de atendimentos:		8
				Valor:		R\$ 1.039,80
Totalizador						
				N° de USOs:		3466
				N° de atendimentos:		8
				Valor:		R\$ 1.039,80

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



365482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827925	7-Data Validade da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531340200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEBORA SILENE DOS SANTOS DE OLIVEIRA				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DEBORA SILENE DOS SANTOS DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816		22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		23-Número no CRO 66287		24-UF SP	25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO				27-Número no CRO 66287		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
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/09/20		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122,00	0,00		S	24/09/20		
3-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	10/09/20		
4-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	17/09/20		
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00		S	08/10/20		
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00		S	15/10/20		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/10/20		
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		
9-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/10/20		
10-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 652,00	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/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
IMAGENS INICIAL E FINAL DA EXODONTIA DOS DENTES 16 E 18 FORAM INCLUÍDAS NA GUIA DA PACIENTE VIA UPLOAD.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/20, hr. [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20, hr. [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20, hr. [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
---	---	---	---



365500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2008	4-Data de Autorização 28/10/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7828047	7-Data Validade da Senha 25/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531340200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATHALY Rhuama Santos de Oliveira		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DEBORA SILENE DOS SANTOS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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	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		S	03/09/20		x
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	10/09/20		x
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	10/09/20		x
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		x
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		x
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	24/09/20		x
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	24/09/20		x
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	08/10/20		x
9-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	08/10/20		x
10-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/10/20		x
11-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/10/20		x
12-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/10/20		x
13-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/10/20		x
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 743,00	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/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 Os procedimentos foram alinhados pela responsável pela paciente.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2008, hr [assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2008, hr [assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2008, hr Debora S. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



365515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 05/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7828106	7-Data Validação da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531420700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TARCILLA RUSSI DIAS PAIVA COLADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TARCILLA RUSSI DIAS PAIVA COLADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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	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		S	08/09/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	22/09/20		
3-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MODV	1	122,00	0,00		S	/ /		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 357,00	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/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 NÃO FOI REALIZADA A RESTAURAÇÃO DO DENTE 46 PORQUE HAVIA NECESSÁRIO PRIMEIRAMENTE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO DENTE DENTE.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/20, hr	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/20, hr	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/20, hr	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



365527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7828113	7-Data Validação da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531420700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEANDRO PAIVA COLADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TARCILLA RUSSI DIAS PAIVA COLADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 34,00	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/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 O PROCEDIMENTO FOI ASSINADO PELA RESPONSÁVEL PELO PACIENTE.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20, hr. [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20, hr. [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20, hr. [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



367709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 28/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7838405	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531312500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRENDA MENDES EVARISTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTHIAN MENDES PONTES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	27-Número no CRO 66287	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	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		S	07/10/20		Aline
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	14/10/20		Aline
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 235,00	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/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 Os procedimentos foram assinados pela responsável pela paciente.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20, SP, [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20, SP, [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20, SP, [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



370402
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7850041	7-Data Validade da Senha 03/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531420700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEANDRO PAIVA COLADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TARCILLA RUSSI DIAS PAIVA COLADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	22/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 72,00	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/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 O PROCEDIMENTO FOI ASSINADO PELA RESPONSÁVEL PELO PACIENTE.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/09/20, hr.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/20, hr.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/20, hr.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



378302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/09/20	4-Data de Autorização 28/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7884887	7-Data Validade da Senha 17/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531312500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE MENDES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTHIAN MENDES PONTES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/20		Aline
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	14/10/20		Aline
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	14/10/20		Aline
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Aline
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 350,00	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/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 21/10/20, Aline M. Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20, Aline M. Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20, Aline M. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



393564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7948957	7-Data Validação da Senha 07/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532232000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULA BIANCA DE SOUZA LOPES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULA BIANCA DE SOUZA LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	14/10/20		x Paula
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	16/10/20		x Paula
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	16/10/20		x Paula
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	19/10/20		x Paula
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	19/10/20		x Paula
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	21/10/20		x Paula
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MO	1	88,00	0,00		S	21/10/20		x Paula
8-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00		S	23/10/20		x Paula
9-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	23/10/20		x Paula
10-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	ODM	1	122,00	0,00		S	26/10/20		x Paula
11-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	26/10/20		x Paula
12-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		x Paula
13-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		x Paula
14-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		x Paula
15-												

43-Data Previsão 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 1023,00	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/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 28/10/20, hr. Paula Bianca de Souza Lopes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20, hr. Paula Bianca de Souza Lopes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20, hr. Paula Bianca de Souza Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--