



335166
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/2020 4-Data de Autorização 10/08/2020 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7686831 7-Data Validade da Senha 10/05/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025307304000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NESTOR MACHADO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano NESTOR MACHADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA 18-Número no CRO 132868 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35996356848 22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA 23-Número no CRO 132868 24-UF SP 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ DIAS SARAIVA ROCHA 27-Número no CRO 132868 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100200	27	OV	1	88,00	0,00	0,00	10	07/2020	10 JUL 2020	
2-	00	81000421	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	10	07/2020	10 JUL 2020	
3-												
4-												
5-												
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-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10 JUL 2020	1-1 Tratamento Odontológico	1-1 Total 2-Parcial	1102,00	10,00								

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(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

Dra. Beatriz Rocha

Dra. Beatriz Rocha

50-Data Local Assinatura Beneficiário 10 JUL 2020 51-Data Local Assinatura Operadora 10 JUL 2020 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10 JUL 2020 53-Data Local e Assinatura da Empresa 10 JUL 2020



336051
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário13-Nome

SHIRLEY DE OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	4	2	4	5	2	9	9	3	8	0	8								
22-Nome do Contratado Executante	FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA																		

26-Nome do Profissional Executante
FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados30-Tabela 31-Código do Procedimento

1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6
RESTAURACAO RESINA										

2-1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

7[illegible][illegible]

10

3

[illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	

1-Tratamiento Odontológico 2-Exame Radiológico

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme combinado. Devido, ainda que o(s) procedimento(s) decorra(m) de doença e por isso, não seja

49-Observação

Criminal District

080 63 122730

2020

70007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/07/2020 4-Data de Autorização 06/07/2020 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7681984 7-Data Validade da Senha 01/10/2020

8-Número da Carteira 02020253032450000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SHIRLEY DE OLIVEIRA SILVA 27/02/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIEL CARVALHO DE AMORIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MERITY APARECIDA LOPES NEVES 22-Nome do Contratado Executante MERITY APARECIDA LOPES NEVES 18-Número no CRO 109862 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14359273894 23-Número no CRO 109862 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MERITY APARECIDA LOPES NEVES 27-Número no CRO 109862 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	0,00	0,00	0,00	0,00	07 JUL 2020		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	07 JUL 2020		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	07 JUL 2020		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	07 JUL 2020		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	07 JUL 2020		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão 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\$							
07 JUL 2020	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totai 2-Parcial	1178,00	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 07 JUL 2020 DR. MERITY AP. LOPES NEVES 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07 JUL 2020 DR. MERITY AP. LOPES NEVES 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 07 JUL 2020 53-Data, local e Assinatura da Empresa 07 JUL 2020

54-Data, local e Assinatura do Profissional 07 JUL 2020



or

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



333300
INTERCAMBIO

Identificação: para verificação

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/2020	4-Data de Autorização 03/07/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7678857	7-Data Validade da Senha 03/07/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530730400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NESTOR MACHADO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NESTOR MACHADO
---------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MERITY APARECIDA LOPES NEVES	18-Número no CRO 109862	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14359273894	22-Nome do Contratado Executante MERITY APARECIDA LOPES NEVES	23-Número no CRO 109862	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MERITY APARECIDA LOPES NEVES	27-Número no CRO 109862	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
1-0	01000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	10,00			06 JUL 2020		
2-0	01000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6	10,00			06 JUL 2020		
3-0	01000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6	10,00			06 JUL 2020		
4-0	01000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6	10,00			06 JUL 2020		
5-0	01000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,6	10,00			06 JUL 2020		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 06 JUL 2020	44-Tipo de Aliamento 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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06 JUL 2020 Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06 JUL 2020 Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06 JUL 2020 Beneficiário	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06 JUL 2020 CUIDAR ODONTOLÓGICA
--	--	--	--

CUIDAR ODONTOLÓGICA
CNPJ: 08.722.017/0001-89



Dados do Beneficiário	
1-Registro ANS 4060414	3-Data de Emissão da Guia 11/6/07/12/01
4-Data de Autorização 11/7/07/12/01	5-Semana AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7709610	7-Data Válida da Semana 14/11/07/12/01

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 0 3 2 4 5 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão	

13-Nome GABRIEL CARVALHO DE AMORIM	01/04/1995	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIEL CARVALHO DE AMORIM
---------------------------------------	------------	----------------------------	---

Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA	18-Número no CRO 132738	19-UF SP
20-Código CRO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 2 4 5 2 2 9 9 3 8 0 8	22-UF SP
22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA - SP 132738		23-Número no CRO 132738	24-UF SP
25-Código CNES		26-UF SP	27-Código CRO S
28-UF SP		29-Código CRO S	
29-Código CRO S		30-UF SP	

[illegible]

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cessão	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0	S 20 JUL 2020				
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0	S 20 JUL 2020				
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0	S 20 JUL 2020				
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0	S 20 JUL 2020				
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0	S 20 JUL 2020				
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Previsto Término do Tratamento

20 | JUL | 2020

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

1 | 7 | 8 | 0 | 0 |

47- Valor Total R\$

0 | 0 | 0 |

48- Total Franquia / Co-participação R\$

0 | 0 | 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

Via. Fernando dos Santos

493-Observação

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 20 JUL 2020
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 20 JUL 2020
 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 20 JUL 2020

344447
INTERCAMBIO1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
12/3/10 7/12/04-Data de Autorização
12/4/10 7/12/05-Semana
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
77299697-Data Validade da Semana
12/1/10 1/2/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202510506009043029-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUCIANO BARBOZA SALLES

05/07/1977

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do titular do plano
LUCIANO BARBOZA SALLES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14245299380822-Nome do Contratado Executante
FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA23-Número no CRO
13273824-UF
SP25-Código CNES
025 -
Faturar Empresa26-Nome do Profissional Executante
FERNANDA DOS SANTOS BEZERRA27-Número no CRO
13273828-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-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	27 JUL 2020		
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	27 JUL 2020		
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	27 JUL 2020		
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	27 JUL 2020		
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	27 JUL 2020		
6-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	27 JUL 2020		
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
178,0047-Valor Total R\$
10,00

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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Fernanda dos Santos

Dra. Fernanda dos Santos

Dra. Fernanda dos Santos

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27 JUL 202051-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27 JUL 202052-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27 JUL 202053-Data, local e Carimbo da Empresa
27 JUL 2020