



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-40

325438
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2017	4-Data de Autorização 17/06/2017	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166583	7-Data de Validade da Guia 15/09/2017
Dados do Beneficiário			Dados do Contratado		
8-Número da Carteira 0003735320000032319			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Endereço GABRIELLA LOPES BASTOS			11-Data de Validade da Carteira 17/06/2017		
12-Data de Emissão da Guia 21/03/1998			13-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
14-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			15-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			17-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
18-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			19-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
20-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			21-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
22-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			23-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
24-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			25-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
26-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			27-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
28-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			29-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
30-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			31-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
32-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			33-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
34-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			35-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
36-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			37-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
38-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			39-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
40-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			41-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
42-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			43-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
44-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			45-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
46-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			47-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
48-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			49-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
50-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			51-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
52-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			53-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
54-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			55-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
56-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			57-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
58-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			59-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
60-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			61-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
62-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			63-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
64-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			65-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
66-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			67-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
68-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			69-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
69-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			70-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
70-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			71-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
71-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			72-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
72-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			73-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
73-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			74-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
74-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			75-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
75-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			76-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
76-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			77-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
77-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			78-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
78-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			79-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
79-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			80-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
80-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			81-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
81-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			82-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
82-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			83-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
83-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			84-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
84-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			85-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
85-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			86-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
86-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			87-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
87-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			88-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
88-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			89-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
89-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			90-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
90-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			91-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
91-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			92-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
92-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			93-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
93-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			94-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
94-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			95-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
95-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			96-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
96-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			97-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
97-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			98-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
98-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			99-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		
99-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			100-Endereço do titular do plano PAULO ROBERTO BASTOS		

43-Data Prevista Término do Tratamento 17/06/2017	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 199,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/06/2017		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/06/2017		53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

325442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 17/10/2016 3-Data de Autorização 17/10/2016 4-Sistema AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50166586 6-Data Validade da Guia 15/11/2016

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 003799940637547000 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DOR DE G 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003054981519
13-Nome LEONARDO DA SILVA LIMA 14-Data de Nascimento 05/03/1980 15-Nome do Muni/30 Pimor DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a R.N. N 17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 18-Número no CRO 45210 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740 22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 23-Número no CRO 45210 24-UF RJ 25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 27-Número no CRO 45210 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1	001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,00	0,00		S	17/10/2016		
2	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	17/10/2016		
3	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	17/10/2016		
4	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	17/10/2016		
5	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	17/10/2016		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

3-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 199,00 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.

Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2016 Silvia Melo de Oliveira Rocha 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2016 Leonardo S. Lima 53-Data, local e Carimbo da Empresa



318001
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/05/1983		4-Dia de Autorização 12/05/1983		5-Será Autorizado AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50157254		7-Dia Validade na Guia 12/05/1983		8-Dia Validade na Guia 12/05/1983	
9-Número da Carteira 0003799940637507772		10-Primo POS REDE PRESTADORA		11-Endereço INSTITUTO DOR DE G		12-Endereço INSTITUTO DOR DE G		13-Endereço INSTITUTO DOR DE G		14-Endereço INSTITUTO DOR DE G		15-Endereço INSTITUTO DOR DE G	
16-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		17-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		18-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		19-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		20-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		21-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		22-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA	
23-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		24-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		25-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		26-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		27-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		28-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		29-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA	
30-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		31-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		32-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		33-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		34-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		35-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		36-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA	
37-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		38-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		39-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		40-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		41-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		42-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		43-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA	
44-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		45-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		46-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		47-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		48-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		49-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		50-Endereço DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA	

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Dia, local e Carimbo da Empresa	
18/10/2019		18/10/2019		18/10/2019	

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



326483
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão da Guia 18/06/2012		3-Data de Autorização 18/06/2012		4-Plano de Autorização AUTORIZADO		5-Valor da Autorização 50166,00		6-Data de Validade da Guia 16/09/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00037999400037501712				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DOR DE G		11-Data validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Cartão de Saúde 980016295684055	
13-Nome DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA						14-Telefone 12/05/1983		15-Nome do titular do plano DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Responsável SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				18-Número no CRO 45210		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 096110042740				22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				23-Número no CRO 45210		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				26-Número no CRO 45210				27-UF RJ		28-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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	D	1	90000	0,00			18/06/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		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 90000		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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/06/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--

Odontolife
Integridade para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



317822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2014	4-Data de Autorização 12/05/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157241	7-Data Validade da Senha 12/05/2014
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 000379994063754395 9-Plano: PÓS REDE PRESTADORA 10-Empresa: INSTITUTO DOR DE G 11-Data Validade da Carteira: 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 13-Nome: LUIZ HENRIQUE RUFINO LIMA 14-Telefone: 15-Nome do titular do plano: DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 18-Número do CRO: 45210 19-UF: RJ 20-Código EBO S: 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 09610042740 22-Nome do Contratado Executante: SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 23-Número no CRO: 45210 24-UF: RJ 25-Código CNES: 26-Sigla do Profissional Executante: SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 27-Número no CRO: 45210 28-UF: RJ 29-Código CBO S: 30-Data: 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:					
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\$:					
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	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

322836
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2016	4-Data de Autorização 10/10/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50157410	7-Data Validade da Guia 10/10/2016							
Dados do Beneficiário												
8-Numero da Carteira 000379994063754859	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira 10/10/2016	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 704604110327328								
13-Nome MARCOS VINICIUS JUSTINIANO DA		14-Telefone 04/12/2006	15-Nome do titular do plano LETICIA JUSTINIANO DA CRUZ DE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		18-Numero do CRO 45210	19-UE RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740	22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		23-Numero no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		27-Numero no CRO 45210	28-UF RJ	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	9000	0,00		S	10/10/2016	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		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
10/10/2016		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		9000		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			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa			
10/10/2016			10/10/2016			10/10/2016						



320255
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414 2-Data de Emissão em Casa 03/10/2016 3-Data de Autorização 03/10/2016 4-Semana AUTORIZADO 5-Numero da Guia Principal 50165061 6-Data Validade em Garantia 01/11/2019 7-Data Validade em Garantia 01/11/2019

8-Numero da Carteira 00379994063751434 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço INSTITUTO DOR DE G 11-Endereço 12-Endereço 704005346643165

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

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

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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00			03/10/2016		
2-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		12,00	0,00			04/06/20		
3-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		12,00	0,00			04/06/20		
4-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		12,00	0,00			04/06/20		
5-00	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		12,00	0,00			04/06/20		
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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 95,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Responsável 53-Data, local e Assinatura do Responsável 54-Data, local e Assinatura do Responsável 55-Data, local e Assinatura do Responsável 56-Data, local e Assinatura do Responsável 57-Data, local e Assinatura do Responsável 58-Data, local e Assinatura do Responsável 59-Data, local e Assinatura do Responsável 60-Data, local e Assinatura do Responsável 61-Data, local e Assinatura do Responsável 62-Data, local e Assinatura do Responsável 63-Data, local e Assinatura do Responsável 64-Data, local e Assinatura do Responsável 65-Data, local e Assinatura do Responsável 66-Data, local e Assinatura do Responsável 67-Data, local e Assinatura do Responsável 68-Data, local e Assinatura do Responsável 69-Data, local e Assinatura do Responsável 70-Data, local e Assinatura do Responsável 71-Data, local e Assinatura do Responsável 72-Data, local e Assinatura do Responsável 73-Data, local e Assinatura do Responsável 74-Data, local e Assinatura do Responsável 75-Data, local e Assinatura do Responsável 76-Data, local e Assinatura do Responsável 77-Data, local e Assinatura do Responsável 78-Data, local e Assinatura do Responsável 79-Data, local e Assinatura do Responsável 80-Data, local e Assinatura do Responsável 81-Data, local e Assinatura do Responsável 82-Data, local e Assinatura do Responsável 83-Data, local e Assinatura do Responsável 84-Data, local e Assinatura do Responsável 85-Data, local e Assinatura do Responsável 86-Data, local e Assinatura do Responsável 87-Data, local e Assinatura do Responsável 88-Data, local e Assinatura do Responsável 89-Data, local e Assinatura do Responsável 90-Data, local e Assinatura do Responsável 91-Data, local e Assinatura do Responsável 92-Data, local e Assinatura do Responsável 93-Data, local e Assinatura do Responsável 94-Data, local e Assinatura do Responsável 95-Data, local e Assinatura do Responsável 96-Data, local e Assinatura do Responsável 97-Data, local e Assinatura do Responsável 98-Data, local e Assinatura do Responsável 99-Data, local e Assinatura do Responsável 100-Data, local e Assinatura do Responsável



318003
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2016 4-Data de Autorização 12/08/2016 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50157255 7-Data Validade da Semeta 12/06/2018

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 1003799940637546971 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DOR DE G 11-Data Validade da Carteira 12/06/2018 12-Número do Cade Nacional de Saúde 708104519985233
13-Nome MARIA LUIZA RUFINO LIMA 07/06/2016 14-Telefone () - - - - -
15-Nome do Titular do plano DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Aluguelamento a R\$ N 17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 18-Número do CRO 45210 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 23-Número no CRO 45210 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 27-Número no CRO 45210 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gota	42-Assinatura
1.	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,10	0	0,00	1	12/08/2016	5128	05/2016
2.	00	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	5,10	0	0,00	1	04/06/2016	5104	06/2016
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
43-Data Promição 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\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totai 2-Parcial	9,8	10,00	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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pugnar 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.

48-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 Cessão da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-10

320152
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50165046	7-Data validade da Senha 01/10/2012
8-Numero da Carteira 00379994063750772		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 980016295684055
13-Nome DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		14-Telefone 12/05/1983	15-Nome do titular do plano DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA		
16-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	18-Numero no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO S 801
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740		22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Numero no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		27-Numero no CRO 45210	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabeta	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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
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 152,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 04/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



320251
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dia Validar em Sistema 01/01/2019 3-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

Dados do Beneficiário

4-Data de Emissão da Guia 03/01/2019 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50157346 7-Dia Validar em Sistema 01/01/2019 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 704604110327328

Dados do Contratado

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DOR DE G

11-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

12-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

14-Data de Emissão da Guia 03/01/2019

15-Semana AUTORIZADO

16-Número da Guia Principal 50157346

17-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

Dados do Contratado

18-Plano POS REDE PRESTADORA

19-Empresa INSTITUTO DOR DE G

20-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

21-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

22-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

23-Data de Emissão da Guia 03/01/2019

24-Semana AUTORIZADO

25-Número da Guia Principal 50157346

26-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

Dados do Contratado

27-Plano POS REDE PRESTADORA

28-Empresa INSTITUTO DOR DE G

29-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

30-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

31-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

32-Plano POS REDE PRESTADORA

33-Empresa INSTITUTO DOR DE G

34-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

35-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

36-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

37-Plano POS REDE PRESTADORA

38-Empresa INSTITUTO DOR DE G

39-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

40-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

41-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

42-Plano POS REDE PRESTADORA

43-Empresa INSTITUTO DOR DE G

44-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

45-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

46-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

47-Plano POS REDE PRESTADORA

48-Empresa INSTITUTO DOR DE G

49-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

50-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

51-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

52-Plano POS REDE PRESTADORA

53-Empresa INSTITUTO DOR DE G

54-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

55-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

56-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

57-Plano POS REDE PRESTADORA

58-Empresa INSTITUTO DOR DE G

59-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

60-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

61-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

62-Plano POS REDE PRESTADORA

63-Empresa INSTITUTO DOR DE G

64-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

65-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

66-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

67-Plano POS REDE PRESTADORA

68-Empresa INSTITUTO DOR DE G

69-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

70-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

71-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

72-Plano POS REDE PRESTADORA

73-Empresa INSTITUTO DOR DE G

74-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

75-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

76-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

77-Plano POS REDE PRESTADORA

78-Empresa INSTITUTO DOR DE G

79-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

80-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

81-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

82-Plano POS REDE PRESTADORA

83-Empresa INSTITUTO DOR DE G

84-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

85-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

86-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

87-Plano POS REDE PRESTADORA

88-Empresa INSTITUTO DOR DE G

89-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

90-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

91-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

92-Plano POS REDE PRESTADORA

93-Empresa INSTITUTO DOR DE G

94-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

95-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

96-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

97-Plano POS REDE PRESTADORA

98-Empresa INSTITUTO DOR DE G

99-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

100-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

101-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado

102-Plano POS REDE PRESTADORA

103-Empresa INSTITUTO DOR DE G

104-Dia Validar em Sistema 01/01/2019

105-Número do Título do plano FETECIA-JUSTINIANO DA CROZ DE

106-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



317997
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 15:12:00		4-Data de Autorização 12/08/10 15:12:00		5-Sistema AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50157252		7-Data e Assinatura da Empresa 26/11/10 18:11:20	
8-Número da Carteira 0103799940637510772		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DOR DE G		11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 960016295684055		13-Data e Assinatura da Empresa 11/11/11	
13-Nome DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA				14-Endereço 12/05/1983				15-Data Vencimento da Carteira 11/11/11			
16-Atendimento a RV N				17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				18-Data Vencimento da Carteira 11/11/11			
21-Código na Operação / CNPJ / CNP 0196110042740				22-Nome do Contrahente Execução SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				23-Data Vencimento da Carteira 11/11/11			
26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				27-Número no CBO 45210				28-Código CBO S 801			
30-1-Tabula				31-Código do Procedimento				32-Descrição			
1-00081000065				CONSULTA ODONTOLÓGICA				33-Dente Regio 34-Face 35-OD 36-Quadrante US 37-Valor 38-Frequência Co-participação R\$ 39-Ad 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura			
2-00000000000								43-Valor Total R\$ 44-Valor Total R\$ 45-Valor Total R\$ 46-Valor Total R\$ 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total R\$ 50-Valor Total R\$ 51-Valor Total R\$ 52-Valor Total R\$ 53-Valor Total R\$ 54-Valor Total R\$ 55-Valor Total R\$ 56-Valor Total R\$ 57-Valor Total R\$ 58-Valor Total R\$ 59-Valor Total R\$ 60-Valor Total R\$ 61-Valor Total R\$ 62-Valor Total R\$ 63-Valor Total R\$ 64-Valor Total R\$ 65-Valor Total R\$ 66-Valor Total R\$ 67-Valor Total R\$ 68-Valor Total R\$ 69-Valor Total R\$ 70-Valor Total R\$ 71-Valor Total R\$ 72-Valor Total R\$ 73-Valor Total R\$ 74-Valor Total R\$ 75-Valor Total R\$ 76-Valor Total R\$ 77-Valor Total R\$ 78-Valor Total R\$ 79-Valor Total R\$ 80-Valor Total R\$ 81-Valor Total R\$ 82-Valor Total R\$ 83-Valor Total R\$ 84-Valor Total R\$ 85-Valor Total R\$ 86-Valor Total R\$ 87-Valor Total R\$ 88-Valor Total R\$ 89-Valor Total R\$ 90-Valor Total R\$ 91-Valor Total R\$ 92-Valor Total R\$ 93-Valor Total R\$ 94-Valor Total R\$ 95-Valor Total R\$ 96-Valor Total R\$ 97-Valor Total R\$ 98-Valor Total R\$ 99-Valor Total R\$ 100-Valor Total R\$			

326764
INTERCAMBIO

700006297315005

ADEMAR GOMES JANUARIO

Empresa

100

3364

151

St. John's

Self-Study

||S||₂

السلامة

11

77

77

1111

22

MRS

1111

monta, ao pro

153-Data, local e Carimbo da Empresa:



Inscricao ANS 406414
 Data de Emissão 19/06/2007
 Data de Autorização 19/06/2007
 Autorizado AUTORIZADO
 Número da Guia Prontuário 50167298
 Data Validade da Guia 17/10/2009

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373

Nome do Beneficiário DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO
 Data de Nascimento 18/06/2007
 RG 11111111111111111111
 Nome do Pai do Beneficiário ADEMAR GOMES JANUARIO
 Nome do Pai do Contratado ADEMAR GOMES JANUARIO
 Número do Cartão Nacional de Saúde 7018062970373



320767
INTERCAMBIO

1-Identificação ANS: 406414
 2-Dados de Emissão da Guia: 10/04/2016 12:00
 3-Data de Autenticação: 10/04/2016 12:00
 4-Será Autorizado: AUTORIZADO
 5-Número da Guia Principal: 50157366
 6-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

7-Nome da Empresa: POS REDE PRESTADORA
 8-Endereço: INSTITUTO DOR DE G
 9-Cidade: LETICIA JUSTINIANO DA CRUZ DE
 10-UF: RJ
 11-CEP: 8980047143935382

12-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 13-Data de Emissão da Guia: 10/04/2016 12:00
 14-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

15-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 16-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

17-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 18-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

19-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 20-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

21-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 22-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

23-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 24-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

25-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 26-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

27-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 28-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

29-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 30-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

31-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 32-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

33-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 34-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

35-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 36-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

37-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 38-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

39-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 40-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

41-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 42-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

43-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 44-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

45-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 46-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

47-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 48-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

49-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00
 50-Data de Vencimento da Guia: 10/02/2019 12:00

242



330867
INTERCÂMBIO

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1000



41: Nome da Cota 42: Assinatura

Total Franquia / Co-participação R\$ _____

Scanned by CamScanner



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/2019	4-Data de Autorização 19/06/2019	5-Forma AUTORIZADO	6-Número da Guia Original 50167293	7-Data Válida da Guia 17/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00379994064490952	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa RD REPRESENTACAO C	11-Data Válida da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702902533870571	13-Nome ADEMAR GOMES JANUARIO
14-Data 25/04/1972	15-Telefone () - - - - -
16-Nome do titular do plano ADEMAR GOMES JANUARIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
18-Número ORG 45210	19-UF RJ
20-Código CBO S 801	21-Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 096110042740	23-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
24-Número no CRO 45210	25-UF RJ
26-Código CBO S 801	27-Número no CRO 45210
28-UF RJ	29-Código CBO S 801

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	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4,00	4,00		S	19/06/2019		
2	008130047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,80	3,80		S	19/06/2019		
3	008130047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,80	3,80		S	19/06/2019		
4	008130047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,80	3,80		S	19/06/2019		
5	008130047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,80	3,80		S	19/06/2019		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 99,00	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(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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

327510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Autenticação 20/06/20	3-Data de Autenticação 20/06/20	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia 50171644	6-Data Validade da Guia 20/06/20
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 00379994064490979	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa RD REPRESENTACAO C	10-Data Validade da Carteira 20/06/20		
11-Nome RAFAELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO		12-Data de Nascimento 06/12/2004	13-Telefone () - - - - -	14-Nome do titular do plano ADEMAR GOMES JANUARIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Atendimento a RN N	16-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		17-Número no CRO 45210	18-UF RJ	19-Código CBO S 801
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740		21-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		22-Número no CRO 45210	23-UF RJ
24-Código CNES		25-Código CBO S		26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	
27-Número no CRO 45210		28-UF RJ		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1
5-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1
8-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1
9-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1
10-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
90000		0000		0000	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Molho da Glosa	
S		21/06/20		21/06/20	
S		23/06/20		23/06/20	
S		23/06/20		23/06/20	
S		24/06/20		24/06/20	
S		29/06/20		29/06/20	
S		30/06/20		30/06/20	
S		25/06/20		25/06/20	
S		30/06/20		30/06/20	
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
20/06/20		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
90000		0000		0000	
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					
30/06/20, Curitiba, Pr. Silvio Rocha					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
30/06/20, Ademar					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
30/06/20, Ademar					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					
30/06/20, Ademar					



327519
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de emissão da Guia 12/01/06 3-Data de Autorização 12/01/06 4-Será AUTORIZADO 5017146 6-Data Validade em Serviço 18/01/09 7-Data Validade em Saúde 18/01/09

8-Numero da Carteira 010379994064490960 9-Data 10-Pos REDE PRESTADORA RD REPRESENTACAO C 11-Data Validade da Carteira 12-Numero de Carteira 701806297970373

13-Nome DANIELA MUNIZ MOREIRA JANUARIO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ADEMAR GOMES JANUARIO 16-Data de emissão do Guia 18/06/2007

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Endereço do Contratado Responsável SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 18-Numero do CBO 45210 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 096100042740 22-Nome do Contratado Responsável SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 23-Numero do CBO 45210 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA 27-Numero do CBO 45210 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fração	34-Fração	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	010185110017916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	12	0	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
6	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	9,010,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Utiliza Emergência	1-1-Total 2-Parcial		63,010,00								

Declaro, que após ler e estar 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 (e/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 Contratado Responsável

51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

52-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

30/06/2006
Silvia Melo de Oliveira Rocha

30/06/2006
Ademar Gomes Januario

30/06/2006
Genes Januario

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



325860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	4-Data de Emissão da Guia 17/10/2017	5-Data de Autenticação 17/10/2017	6-Sinoma AUTORIZADO	10-Numero da Guia Principal 50166786	11-Data Validade da Guia 15/10/2017
8-Numero da Carteira 00379994063754700			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira 17/10/2017
12-Nome LEONARDO DA SILVA LIMA			13-Data de Nascimento 05/03/1980	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Plano de Saúde DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			18-Numero no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO 5 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 09610042740			22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Numero no CRO 45210	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			26-Numero no CRO 45210	27-UF RJ	28-Código CBO 5

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Citação 42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	90,00	0,00	0,00	S	25/06/20	
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	90,00	0,00	0,00	S	25/06/20	
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	90,00	0,00	0,00	S	25/06/20	
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	90,00	0,00	0,00	S	25/06/20	
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	90,00	0,00	0,00	S	25/06/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/2017	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 450,00	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 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 17/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/2017 Silvia Melo de Oliveira Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2017 Leonardo da Silva Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



1- Número ANS 406414
 2- Data de Emissão da Guia 17/10/2017
 3- Nome do Paciente 17/10/2017
 4- Nome do Responsável pelo Tratamento 17/10/2017
 5- Nome da Empresa 17/10/2017
 6- Nome da Guia Principal 50166789
 7- Data Validação da Guia 15/10/2017
 8- Número do Cartão Nacional de Saúde 896003054981519
 9- Nome da Empresa 325868
 10- Nome da Empresa INTERCAMBIO

11- Nome do Paciente LEONARDO DA SILVA LIMA
 12- Data Validação da Guia 05/03/1980
 13- Nome da Empresa DANIELE RUFFINO DOS SANTOS LIMA
 14- Nome da Empresa 801 - Faturar Empresa

15- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 16- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 17- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 18- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 19- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 20- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 21- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 22- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 23- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 24- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 25- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 26- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 27- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 28- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 29- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA
 30- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

31- Data	32- Descrição	33- Dente	34- Fica	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
2-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
3-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
4-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
5-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
6-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
7-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
8-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
9-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
10-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
11-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
12-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
13-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
14-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
15-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	9-0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0

43- Data Primeiro Tratamento
 44- Tipo de Atendimento
 45- Tipo de Faturamento
 46- Total Quantitativo US
 47- Valor Total R\$
 48- Total Franquia Co-participação R\$
 49- Observação