

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

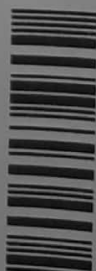


2-Nº

406414	3-Data de Emissão da Guia	15/10/19	4-Data de Autorização	12/11/19	5-Senha	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	7872293	7-Data Validade da Senha	14/12/20
8-Número da Carteira		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome		14-Telefone		15-Nome do Titular do plano		16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		
RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS		02/06/1992		RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS		RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS		RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS		
18-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Nome do Profissional Solicitante		20-Nome do Contratado Executante		21-Nome do Profissional Solicitante		22-Nome do Contratado Executante		
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF		24-Número no CRO		25-Código CNES		26-Número no CRO		27-Número no CRO		
10562872171369		10035		10035		10035		10035		
28-UF		29-UF		30-UF		31-UF		32-UF		
CE		CE		CE		CE		CE		
29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S		32-Código CBO S		33-Código CBO S		
025 -		025 -		025 -		025 -		025 -		
Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa		

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-Linha de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura
1-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
34-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
36-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
39-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
42-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
43-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
44-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
46-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
47-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
49-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
50-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
51-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
52-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
53-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
54-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
55-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
56-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
57-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
58-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
59-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
60-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
61-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
62-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
63-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
64-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
65-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
66-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
67-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
68-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
69-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
70-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
71-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
72-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
73-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
74-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
75-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
76-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
77-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
78-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
79-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
80-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
81-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
82-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
83-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
84-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
85-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
86-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
87-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
88-100	185110101196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M								

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



2-M

375633
INTERCÂMBIO¹²Numero do Cartão Nacional de SaúdeRAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS025 -

40-Data de Realização	41-Motivo da Grosse	42-Assinatura
30-Aut		

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

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]

דבריהם

—

[illegible]

תחנת הרכבת

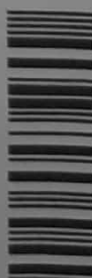
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-part	

cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos da assistência.

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



375621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Dia de Emissão da Guia
11/05/2019

3-Dia de Autorização
11/05/2019

4-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7872298

7-Dia Validade da Sineta
11/05/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010210253116117101010101011

9-Tipo de
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/05/2019

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS

02/06/1982

15-Nome do titular do plano
RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO
10035

19-UF
CE

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNEJ / CPF
0156218727369111

22-Nome do Contratado Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

23-Número no CRO
10035

24-UF
CE

25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

27-Número no CRO
10035

28-UF
CE

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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-Cota de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-	0108210001859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	73,10	0,10	0,10	15	12110191201		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
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
173,10

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(s) 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

12110191201

12110191201

Cirurgia - Dentista

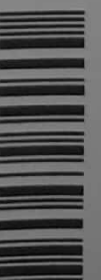
12110191201

53-Data, local e Caimbo da Empresa

Dr. Neyra E. Nobre
CRO: 10035

Dr. Neyra E. Nobre
CRO: 10035

Digitalizado com CamScanner



358693
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414
2-Data de Emissão da Guia 11/08/10
3-Data de Autorização 10/11/09
4-Senha AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal 7795655

6-Data de Validade da Guia 11/02/10
7-Data de Validade da Guia 11/02/10
8-Data de Validade da Guia 11/02/10
9-Data de Validade da Guia 11/02/10
10-Data de Validade da Guia 11/02/10
11-Data de Validade da Guia 11/02/10
12-Data de Validade da Guia 11/02/10

13-Nome SOFIA PEREIRA DE SOUSA

14-Telefone (85) 32731144

15-Nome do titular do plano ANDERSON DE SOUSA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adm. Nome a RN NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
17-Adm. Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO 10035
19-UF CE
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNO) / OPE NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
22-Nome do Contratado Encarregado NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

23-Número no CRO 10035
24-UF CE
25-Código CHES 10035
26-Código CBO S 10035

26-Nome do Profissional Encarregado NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

27-Número no CRO 10035
28-UF CE
29-Código CBO S 10035

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Med. da Cera	42-Aus. do
1-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	64	D	1	16,11,10,10	0,10,10	5,01,02,10,00	12	10/09	12	10/09
2-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	65	M	1	16,11,10,10	0,10,10	5,01,02,10,00	12	10/09	12	10/09
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prescrita Terminar do Tratamento 10/11/09
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial

46-Tota Quantidade US 111221010

47-Valor Total R\$ 0,10,10

48-Tota Franchisa / 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 previsto no 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

Imagens analisadas

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