



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

497612
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/03/21	3-Data de Autorização 23/07/2021	4-Serção AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8381350	6-Data Validade da Serção 10/06/21						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202505187700017303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome CLAUDIA REGIA FREIRE DE HOLANDA SILVA		14-Telefone 23/07/1971	15-Nome do titular do plano BRYTNE DE HOLANDA FERNANDES								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA	18-Número no CRO 2264	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1082294253	22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO	23-Número no CRO 2264	24-UF DF	25-Código CNES (I) 85100200 (II) 85100200	Enviar - RX						
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO		27-Número no CRO 2264	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 85100200 (II) 85100200						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	8800	0000			26/03/21	Clara
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	13	DI	1	8800	0000			26/03/21	Clara
3-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	8800	0000			26/03/21	Clara
4- / /											
5- / /											
6- / /											
7- / /											
8- / /											
9- / /											
10- / /											
11- / /											
12- / /											
13- / /											
14- / /											
15- / /											
43-Data Prevista Término do Tratamento 26/03/21		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 26400		47-Valor Total R\$ 0000		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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação: Dr. Edriano B. Lima Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial CRO-DF 6266 IE 148A											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 26/03/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 26/03/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável Clara		53-Data, local e Contributo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF

497644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2011	4-Data de Autorização 26/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381388	7-Data Válida até 11/06/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202505187700017303	9-Plan POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CLAUDIA REGIA FREIRE DE HOLANDA SILVA		14-Telefone 23/07/1971	15-Nome do Mãe do plano BRYTNE DE HOLANDA FERNANDES									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Acordamento a RRI N	17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA	18-Número do CRD 2264	19-UF DF	20-Código CBO S 01	225 - Faturar Empresa							
21-Código da Operadora / CNPJ / CPT 10882294253	22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO	23-Número do CRD 2264	24-UF DF	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO		27-Número do CRD 2264	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 85100200							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Dos	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Médo da Obisla	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OM	1	8800	0,00			26/03/2011		Dr. Edriano B. Lim
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	ID	1	8800	0,00			26/03/2011		Dr. Edriano B. Lim
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 26/03/2011		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 17600		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
Dr. Edriano B. Lim Especialista em Odontologia e Ortopedia Facial CRD-DF 6256 IE 1488												
Dr. Edriano B. Lim Especialista em Odontologia e Ortopedia Facial CRD-DF 6256 IE 1488												
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 26/03/2011		51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 26/03/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/2011				53-Data, local e Carimbo da Empresa				



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

481678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/21	4-Data de Autenticação 26/02/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8315646	7-Data Validade da Sentença 23/05/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253460570000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome LEIDIANE DA SILVA RODRIGUES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEIDIANE DA SILVA RODRIGUES	
		15/05/1988			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA	18-Número no CRO 2264	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPE 1082294253	22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO	23-Número no CRO 2264	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO	27-Número no CRO 2264	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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\$				
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	1	73,00	0,00			S	26/02/21	
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	73,00	0,00			S	26/02/21	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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, a 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 Encargado Dentista Solicitante 26/02/21	51-Data, local e Assinatura do Encargado Dentista 26/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-47

493161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 22/03/21	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia-Prótese 8363563	7-Data Validade da Sinthe 06/06/21														
Dados do Beneficiário																			
8-Número da Carteira 0020250505187700017301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome BRYTNE DE HOLANDA FERNANDES		14-Telefone 18/12/1992	15-Assinatura do titular do plano BRYTNE DE HOLANDA FERNANDES																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA	18-Atribuição ao CRO 2264	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa														
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 10882294253	22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO	23-Número do CRO 2264	24-UF DF	25-Código CNES (I) 85100200 (J) 85100200	Enviar - RX														
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO		27-Número do CRO 2264	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 85100200															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura							
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	8800	000			22/03/21									
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1	8800	000			22/03/21									
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8800	000			22/03/21									
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21						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 Quantitativo US 26400		47-Valor Total R\$ 000		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: Dr. Edriano B. Lima, Especialista em Ortodontia, CRO-DF 6285																			
50-Data, Local e Assinatura do Responsável pelo Tratamento 22/03/21														51-Data, Local e Assinatura do Grupo-Dentista 22/03/21		52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 22/03/21		53-Data, Local e Assinatura da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-9°

495943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2013	4-Data de Autorização 18/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8374696	7-Data Validade da Senha 08/06/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025326240000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ARTHUR TEIXEIRA DA SILVA		14-Telefone 09/09/2013	15-Nome do titular do plano SILVANIA LUZIA TEIXEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA	18-Número no CRO 2264	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10882294253	22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO	23-Número no CRO 2264	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO	27-Número no CRO 2264	28-UF DF	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella 1-008300089	31-Código do Procedimento 008300089	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente/Região 54	34-Face 1	35-QM 7300
2-008300089	008300089	EXODONTIA SIMPLES DE	51	1	7300
3-008300089	008300089	EXODONTIA SIMPLES DE	61	1	7300
4- / / / / /					
5- / / / / /					
6- / / / / /					
7- / / / / /					
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/2013	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 21900	47-Valor Total R\$ 000	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação Dr. Edriano B. Lima Especialista em Ortodontia e Otopediã Facial CRO-DF 6266					
50-Data, local e Assinatura do Criador da Guia 18/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Criador da Guia 18/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

496066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2013	4-Diário de Autorização 18/03/2013	5-Serção AUTORIZADO	6-Assinatura da Guia Principal 8375178	7-Data Validade da Serção 08/06/2013
--------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	---	---

8-Nome do Beneficiário ARTHUR TEIXEIRA DA SILVA		9-Piso POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Telefone 09/09/2013		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano SILVANIA LUZIA TEIXEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA		18-Número no CRD 2264	19-LF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10882294253		22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO		23-Número no CRD 2264	24-LF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO		27-Número no CRD 2264		28-LF DF	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-QR	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	72	1		73,00	0,00		S			
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	82	1		73,00	0,00		S			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/03/2013	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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, não tem assentado(s) no(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, conforme tabela e valores previstos em contrato.

49-Observação - especialista em Ortodontia e Ortognatocéfalo CRD-DF 8266 DE 1488	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 10/03/2013	51-Data, local e Assinatura da Comissão Dentária 14/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2013	53-Data, local e Cessão da Empresa
---	---	--	---	------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

495937
INTERCÂMBIO

1-Raporo AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2013	4-Data de Autorização 10/03/2013	5-Serinha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8374694	7-Data Validade da Serinha 08/06/2013																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Numero da Carteira 002020253262440000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero da Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome ARTHUR TEIXEIRA DA SILVA		14-Telefone 09/09/2013	15-Nome do titular do plano SILVANIA LUZIA TEIXEIRA																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Alimentação a RIR N	17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA	18-Numero no CRO 2264	19-LF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10882294253	22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO	23-Numero no CRO 2264	24-LF DF	25-Código CNES																																															
26-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO		27-Numero no CRO 2264	28-LF DF	29-Código CBO S																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																							
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	1	1	73,00	0,00			18/03/2013																																									
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	81	1	1	73,00	0,00			18/03/2013																																									
3	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	62	1	1	73,00	0,00			18/03/2013																																									
4	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64	1	1	73,00	0,00			18/03/2013																																									
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 29,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Frância / 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 Contratado-Dono da Conta 18/03/2013 Dr. Edriano B. Lima Especialista em Odontologia Ortopedia Facial CRO-DF-0256													51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono da Conta 18/03/2013 Dr. Edriano B. Lima Especialista em Odontologia Ortopedia Facial CRO-DF-0256													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2013 Silvania Luzia Teixeira													53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/03/2013 DENTAL UNI COOPERATIVA												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

506396
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/03/2011	4-Data de Autorização 31/03/2011	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8414087	7-Data Validade da Serção 21/06/2011										
Dados do Beneficiário															
8-Número do Cartão 0020253394590000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde										
13-Nome FRANCISCO PEREIRA DA SILVA		14-Telefone 17/11/1982		15-Nome do Titular do plano FRANCISCO PEREIRA DA SILVA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IOL ORTODONTIA		18-Número no CRO 2264	19-UF DF										
21-Código de Operadora / CNPJ / CPT 10882294253		22-Nome do Contratado Executante CLARA KEIKO KUSANO		23-Número no CRO 2264	24-UF DF										
25-Nome do Profissional Executante CLARA KEIKO KUSANO		27-Número no CRO 2264		28-UF DF	29-Código CRO S										
20-5 - Faturar Empresa Enviar - RX (0.85100200)															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Faixa	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Ocorrência	42-Assinatura			
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		30/03/11					
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		30/03/11					
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		30/03/11					
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		30/03/11					
5	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88,00	0,00	0,00		30/03/11					
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data de Início do Tratamento 30/03/11						44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortodontia Emergencial		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 2320,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foram realizados 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															
Dr. Edriano B. Lim Especialista em Ortodontia e Oclusão Facial CRO-DF 6266 30/03/11															
50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/11 CRO-DF 6266 30/03/11															
51-Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/11															
53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/11															