

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

416739
INTERCÂMBIO

7-Data Validade na Senha
0 9 / 1 0 2 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
50205348

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 / 1 1 / 1 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 1 / 1 1 / 1 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 1 7 9 9 4 0 6 1 5 0 8 7 2 3 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONAUT CONTROLES A	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702605269241140
13-Nome CAMILA APARECIDA DA SILVA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano CAMILA APARECIDA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 3 6 3 1 0 7 1 6 4 7 1 7 0	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

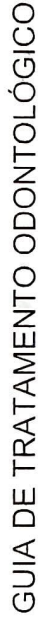
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-1	0 0 1 8 1 1 0 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0				12/14/11/11/210		
2-1	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0				12/14/11/11/210		
3-1	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0				12/14/11/11/210		
4-1	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0				12/14/11/11/210		
5-1	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0				12/14/11/11/210		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1 7 8 0 0	47-Valor Total RS 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação RS 0 0 0 0
---	---	---	--------------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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

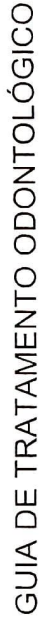
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/14/11/11/210 RAMAYANA HERINGER LAGE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/14/11/11/210	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/14/11/11/210	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/14/11/11/210
CNPJ - 394233720001-17 Rio das Ostras Odonto			



Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113630171614770111	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544
27-Número no CRO 42544	24-UF RJ
28-UF RJ	25-Código CNES
29-Código CBO S	19-UF RJ
20-Código CBO S	

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 devidos, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

426093
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE									
16-Atendimento a RN N									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113613071647170									
22-Nome do Contratado Execulante RAMAYANA HERINGER LAGE									
26-Nome do Profissional Execulante RAMAYANA HERINGER LAGE									
18-Número no CRO 42544									
19-UF RJ									
20-Código CBO S									
23-Número no CRO 42544									
24-UF RJ									
25-Código CNES									
27-Número no CRO 42544									
28-UF RJ									
29-Código CBO S									

[illegible]

☐ / ☐ / ☐ ☐ / ☐ / ☐ / ☐

1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Profilaxia 4-Prevenção

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por meio do assinar(o/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 assinou esse documento, os valores em favor do profissional contratado.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/11 11/1/210 Ramon de Deus CRO RJ 2254A	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/11 11/1/210 Ramon de Deus CRO RJ 2254A	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/11 11/1/210 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/16/11 11/1/210 Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17
---------------	--	--	--	---

Clínica das Ostras Odonto
Rio das Ostras
 CNPJ - 32423372/0001-17

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

426319
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
12/12/10 12/12/11

6-Número da Guia Principal
8083920

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/14/11 11/12/10

3-Data de Emissão da Guia
12/14/11 11/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012020533591910000101011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome OLGA MARIA CASTOR	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano OLGA MARIA CASTOR
------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1136131071647171011	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Piano 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-Valor do Glosa / 42-Signatura
1-001081101000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3141001	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
2-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
3-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
4-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
5-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
6-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
7-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
8-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
9-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
10-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
11-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
12-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
13-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
14-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11
15-001081531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3161010	0110101	0110101	1	11/11/11	11/11/11

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 11781010	47-Valor Total R\$ 0110101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0110101
--	--	---	------------------------------------	-------------------------------	--

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 c(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 12/16/11 11/12/10	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/11 11/12/10	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/11 11/12/10	53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/11 11/12/10
---	---	---	---

Assinatura
Ostras Odontológico
324233720001-11
CNPJ



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

426326
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha
12/12/012/12/11

6-Número da Guia Principal
8083929

5-Semha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/16/11/11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/14/11/11/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120102533591901000101012

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número da Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JESSICA CASTOR SILVA

11/03/1992

15-Nome do titular do plano
OLGA MARIA CASTOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAMAYANA HERINGER LAGE

18-Número no CRO
42544

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
113630176477011

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO
42544

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Número no CRO
42544

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Ajustadura
1	0101811010003101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
2	01018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
3	01018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
4	01018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
5	01018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
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-Tipo de Faturamento

47-Valor Total RS

48-Valor Total RS

49-Valor Total RS

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 obrigações de 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.

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura da Empresa

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura da Empresa

97-Data, local e Assinatura da Empresa

98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura da Empresa

100-Data, local e Assinatura da Empresa

101-Data, local e Assinatura da Empresa

102-Data, local e Assinatura da Empresa

103-Data, local e Assinatura da Empresa

104-Data, local e Assinatura da Empresa

105-Data, local e Assinatura da Empresa

106-Data, local e Assinatura da Empresa

107-Data, local e Assinatura da Empresa

108-Data, local e Assinatura da Empresa

109-Data, local e Assinatura da Empresa

110-Data, local e Assinatura da Empresa

111-Data, local e Assinatura da Empresa

112-Data, local e Assinatura da Empresa

113-Data, local e Assinatura da Empresa

114-Data, local e Assinatura da Empresa

115-Data, local e Assinatura da Empresa

116-Data, local e Assinatura da Empresa

117-Data, local e Assinatura da Empresa

118-Data, local e Assinatura da Empresa

119-Data, local e Assinatura da Empresa

120-Data, local e Assinatura da Empresa

121-Data, local e Assinatura da Empresa

122-Data, local e Assinatura da Empresa

123-Data, local e Assinatura da Empresa

124-Data, local e Assinatura da Empresa

125-Data, local e Assinatura da Empresa

126-Data, local e Assinatura da Empresa

127-Data, local e Assinatura da Empresa

128-Data, local e Assinatura da Empresa

129-Data, local e Assinatura da Empresa

130-Data, local e Assinatura da Empresa

131-Data, local e Assinatura da Empresa

132-Data, local e Assinatura da Empresa

133-Data, local e Assinatura da Empresa

134-Data, local e Assinatura da Empresa

135-Data, local e Assinatura da Empresa

136-Data, local e Assinatura da Empresa

137-Data, local e Assinatura da Empresa

138-Data, local e Assinatura da Empresa

139-Data, local e Assinatura da Empresa

140-Data, local e Assinatura da Empresa

141-Data, local e Assinatura da Empresa

142-Data, local e Assinatura da Empresa

143-Data, local e Assinatura da Empresa

144-Data, local e Assinatura da Empresa

145-Data, local e Assinatura da Empresa

146-Data, local e Assinatura da Empresa

147-Data, local e Assinatura da Empresa

148-Data, local e Assinatura da Empresa

149-Data, local e Assinatura da Empresa

150-Data, local e Assinatura da Empresa

151-Data, local e Assinatura da Empresa

152-Data, local e Assinatura da Empresa

153-Data, local e Assinatura da Empresa

154-Data, local e Assinatura da Empresa

155-Data, local e Assinatura da Empresa

156-Data, local e Assinatura da Empresa

157-Data, local e Assinatura da Empresa

158-Data, local e Assinatura da Empresa

159-Data, local e Assinatura da Empresa

160-Data, local e Assinatura da Empresa

161-Data, local e Assinatura da Empresa

162-Data, local e Assinatura da Empresa

163-Data, local e Assinatura da Empresa

164-Data, local e Assinatura da Empresa

165-Data, local e Assinatura da Empresa

166-Data, local e Assinatura da Empresa

167-Data, local e Assinatura da Empresa

168-Data, local e Assinatura da Empresa

169-Data, local e Assinatura da Empresa

170-Data, local e Assinatura da Empresa

171-Data, local e Assinatura da Empresa

172-Data, local e Assinatura da Empresa

173-Data, local e Assinatura da Empresa

174-Data, local e Assinatura da Empresa

175-Data, local e Assinatura da Empresa

176-Data, local e Assinatura da Empresa

177-Data, local e Assinatura da Empresa

178-Data, local e Assinatura da Empresa

179-Data, local e Assinatura da Empresa

180-Data, local e Assinatura da Empresa

181-Data, local e Assinatura da Empresa

182-Data, local e Assinatura da Empresa

183-Data, local e Assinatura da Empresa

184-Data, local e Assinatura da Empresa

185-Data, local e Assinatura da Empresa

186-Data, local e Assinatura da Empresa

187-Data, local e Assinatura da Empresa

188-Data, local e Assinatura da Empresa

189-Data, local e Assinatura da Empresa

190-Data, local e Assinatura da Empresa

191-Data, local e Assinatura da Empresa

192-Data, local e Assinatura da Empresa

193-Data, local e Assinatura da Empresa

194-Data, local e Assinatura da Empresa

195-Data, local e Assinatura da Empresa

196-Data, local e Assinatura da Empresa

197-Data, local e Assinatura da Empresa

198-Data, local e Assinatura da Empresa

199-Data, local e Assinatura da Empresa

200-Data, local e Assinatura da Empresa

201-Data, local e Assinatura da Empresa

202-Data, local e Assinatura da Empresa

203-Data, local e Assinatura da Empresa

204-Data, local e Assinatura da Empresa

205-Data, local e Assinatura da Empresa

206-Data, local e Assinatura da Empresa

207-Data, local e Assinatura da Empresa

208-Data, local e Assinatura da Empresa

209-Data, local e Assinatura da Empresa

210-Data, local e Assinatura da Empresa

211-Data, local e Assinatura da Empresa

212-Data, local e Assinatura da Empresa

213-Data, local e Assinatura da Empresa

214-Data, local e Assinatura da Empresa

215-Data, local e Assinatura da Empresa

216-Data, local e Assinatura da Empresa

217-Data, local e Assinatura da Empresa

218-Data, local e Assinatura da Empresa

219-Data, local e Assinatura da Empresa

220-Data, local e Assinatura da Empresa

221-Data, local e Assinatura da Empresa

222-Data, local e Assinatura da Empresa

223-Data, local e Assinatura da Empresa

224-Data, local e Assinatura da Empresa

225-Data, local e Assinatura da Empresa

226-Data, local e Assinatura da Empresa

227-Data, local e Assinatura da Empresa

228-Data, local e Assinatura da Empresa

229-Data, local e Assinatura da Empresa

230-Data, local e Assinatura da Empresa

231-Data, local e Assinatura da Empresa

232-Data, local e Assinatura da Empresa

233-Data, local e Assinatura da Empresa

234-Data, local e Assinatura da Empresa

235-Data, local e Assinatura da Empresa

236-Data, local e Assinatura da Empresa

237-Data, local e Assinatura da Empresa

238-Data, local e Assinatura da Empresa

239-Data, local e Assinatura da Empresa

240-Data, local e Assinatura da Empresa

241-Data, local e Assinatura da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-15

426328
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semana
12/2/10 12/12/11

6-Número da Guia Principal
8083953

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/6/11 11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/4/11 11/12/01

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
010120125315919010010104

15-Nome do titular do plano
OLGA MARIA CASTOR

14-Telefone
(11) 11111111

24/03/2013

13-Nome
CAMILLY CASTOR DE MEIRELES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAMAYANA HERINGER LAGE

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

18-Número no CRO
42544

19-UF
RJ

20-Código CBO S

24-UF
RJ

25-Código CNES
42544

26-UF
RJ

27-Número no CRO
42544

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-UF
RJ

31-Código CBO S

32-UF
RJ

33-Código CBO S

34-UF
RJ

35-Código CBO S

36-UF
RJ

37-Código CBO S

38-UF
RJ

39-Código CBO S

40-UF
RJ

41-Código CBO S

42-UF
RJ

43-Código CBO S

44-UF
RJ

45-Código CBO S

46-UF
RJ

47-Código CBO S

48-UF
RJ

49-Código CBO S

50-UF
RJ

51-Código CBO S

52-UF
RJ

53-Código CBO S

54-UF
RJ

55-Código CBO S

56-UF
RJ

57-Código CBO S

58-UF
RJ

59-Código CBO S

60-UF
RJ

61-Código CBO S

62-UF
RJ

63-Código CBO S

64-UF
RJ

65-Código CBO S

66-UF
RJ

67-Código CBO S

68-UF
RJ

69-Código CBO S

70-UF
RJ

71-Código CBO S

72-UF
RJ

73-Código CBO S

74-UF
RJ

75-Código CBO S

76-UF
RJ

77-Código CBO S

78-UF
RJ

79-Código CBO S

80-UF
RJ

81-Código CBO S

82-UF
RJ

83-Código CBO S

84-UF
RJ

85-Código CBO S

86-UF
RJ

87-Código CBO S

88-UF
RJ

89-Código CBO S

90-UF
RJ

91-Código CBO S

92-UF
RJ

93-Código CBO S

94-UF
RJ

95-Código CBO S

96-UF
RJ

97-Código CBO S

98-UF
RJ

99-Código CBO S

100-UF
RJ

101-Código CBO S

102-UF
RJ

103-Código CBO S

104-UF
RJ

105-Código CBO S

106-UF
RJ

107-Código CBO S

108-UF
RJ

109-Código CBO S

110-UF
RJ

111-Código CBO S

112-UF
RJ

113-Código CBO S

114-UF
RJ

115-Código CBO S

116-UF
RJ

117-Código CBO S

118-UF
RJ

119-Código CBO S

120-UF
RJ

121-Código CBO S

122-UF
RJ

123-Código CBO S

124-UF
RJ

125-Código CBO S

126-UF
RJ

127-Código CBO S

128-UF
RJ

129-Código CBO S

130-UF
RJ

131-Código CBO S

132-UF
RJ

133-Código CBO S

134-UF
RJ

135-Código CBO S

136-UF
RJ

137-Código CBO S

138-UF
RJ

139-Código CBO S

140-UF
RJ

141-Código CBO S

142-UF
RJ

143-Código CBO S

144-UF
RJ

145-Código CBO S

146-UF
RJ

147-Código CBO S

148-UF
RJ

149-Código CBO S

150-UF
RJ

151-Código CBO S

152-UF
RJ

153-Código CBO S

154-UF
RJ

155-Código CBO S

156-UF
RJ

157-Código CBO S

158-UF
RJ

159-Código CBO S

160-UF
RJ

161-Código CBO S

162-UF
RJ

163-Código CBO S

164-UF
RJ

165-Código CBO S

166-UF
RJ

167-Código CBO S

168-UF
RJ

169-Código CBO S

170-UF
RJ

171-Código CBO S

172-UF
RJ

173-Código CBO S

174-UF
RJ

175-Código CBO S

176-UF
RJ

177-Código CBO S

178-UF
RJ

179-Código CBO S

180-UF
RJ

181-Código CBO S

182-UF
RJ

183-Código CBO S

184-UF
RJ

185-Código CBO S

186-UF
RJ

187-Código CBO S

188-UF
RJ

189-Código CBO S

190-UF
RJ

191-Código CBO S

192-UF
RJ

193-Código CBO S

194-UF
RJ

195-Código CBO S

196-UF
RJ

197-Código CBO S

198-UF
RJ

199-Código CBO S

200-UF
RJ

201-Código CBO S

202-UF
RJ

203-Código CBO S

204-UF
RJ

205-Código CBO S

206-UF
RJ

207-Código CBO S

208-UF
RJ

209-Código CBO S

210-UF
RJ

211-Código CBO S

212-UF
RJ

213-Código CBO S

214-UF
RJ

215-Código CBO S

216-UF
RJ

217-Código CBO S

218-UF
RJ

219-Código CBO S

220-UF
RJ

221-Código CBO S

222-UF
RJ

223-Código CBO S

224-UF
RJ

225-Código CBO S

226-UF
RJ

227-Código CBO S

228-UF
RJ

229-Código CBO S

230-UF
RJ

231-Código CBO S

232-UF
RJ

233-Código CBO S

234-UF
RJ

235-Código CBO S

236-UF
RJ

237-Código CBO S

238-UF
RJ

239-Código CBO S

240-UF
RJ

241-Código CBO S

242-UF
RJ

243-Código CBO S

244-UF
RJ

245-Código CBO S

246-UF
RJ

247-Código CBO S

248-UF
RJ

249-Código CBO S

250-UF
RJ

251-Código CBO S

252-UF
RJ

253-Código CBO S

254-UF
RJ

255-Código CBO S

256-UF
RJ

257-Código CBO S

258-UF
RJ

259-Código CBO S

260-UF
RJ

261-Código CBO S

262-UF
RJ

263-Código CBO S

264-UF
RJ

265-Código CBO S

266-UF
RJ

267-Código CBO S

268-UF
RJ

269-Código CBO S

270-UF
RJ

271-Código CBO S

272-UF
RJ

273-Código CBO S

274-UF
RJ

275-Código CBO S

276-UF
RJ

277-Código CBO S

278-UF
RJ

279-Código CBO S

280-UF
RJ

281-Código CBO S

282-UF
RJ

283-Código CBO S

284-UF
RJ

285-Código CBO S

286-UF
RJ

287-Código CBO S

288-UF
RJ

289-Código CBO S

290-UF
RJ

291-Código CBO S

292-UF
RJ

293-Código CBO S

294-UF
RJ

295-Código CBO S

296-UF
RJ

297-Código CBO S

298-UF
RJ

299-Código CBO S

300-UF
RJ

301-Código CBO S

302-UF
RJ

303-Código CBO S

304-UF
RJ

305-Código CBO S

306-UF
RJ

307-Código CBO S

308-UF
RJ

309-Código CBO S

310-UF



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-VF

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 10:20		4-Data de Autorização 12/01/11 11:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8014100		7-Data Validação da Senha 12/01/11 11:21		409244 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 00020251199836000006901		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																	
13-Nome ENES BERNARDINO AZEVEDO JUNIOR		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ENES BERNARDINO AZEVEDO JUNIOR																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		18-Número no CRO 42544		19-UF RJ		20-Código CBO S		21-UF RJ															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113613017647170		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Número no CRO 42544		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ															
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544		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	
1-0001810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		1		1		3400		0,00						S		12/01/11 11:20		Cep	
2-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1		1		1		3600		0,00						S		12/01/11 11:20		Cep	
3-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1		1		1		3600		0,00						S		12/01/11 11:20		Cep	
4-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1		1		1		3600		0,00						S		12/01/11 11:20		Cep	
5-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1		1		1		3600		0,00						S		12/01/11 11:20		Cep	
6-1																				S		12/01/11 11:20		Cep	
7-1																									
8-1																									
9-1																									
10-1																									
11-1																									
12-1																									
13-1																									
14-1																									
15-1																									
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 1178,00		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$															

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 12/01/11 11:20 Ramayana Heringer Lage Cirurgião-Dentista CRO RJ 42544		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11 11:20 Ramayana Heringer Lage Cirurgião-Dentista CRO RJ 42544		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/01/11 11:20 Enes Bernardino Azevedo Junior Beneficiário CNPJ - 32423372/0001-17		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/11 11:20 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17	
--	--	--	--	---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

425993
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/12/10 12/12/11

6-Número da Guia Principal
8082547

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/16/11 11/12/10

3-Data de Emissão da Guia
12/14/11 11/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 100202025324951000000102	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LUDMILA CALDEIRA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113630764770111	22-Name do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CBO S	26-Name do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE
27-Número no CRO 42544	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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0001810100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/16/11	11/12/10
2-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/16/11	11/12/10
3-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/16/11	11/12/10
4-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/16/11	11/12/10
5-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/16/11	11/12/10
6-0001853000047											
7-0001853000047											
8-0001853000047											
9-0001853000047											
10-0001853000047											
11-0001853000047											
12-0001853000047											
13-0001853000047											
14-0001853000047											
15-0001853000047											

43-Data Prevista 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 1178,00	47-Valor Total RS 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 1111,11
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 obrigações 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 12/16/11 11/12/10 Ramayana Heringer Lage	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/11 11/12/10 Ramayana Heringer Lage	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/11 11/12/10 Pedro Marques de Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/16/11 11/12/10 das Ostras Odonto
---	---	--	---

CNPJ - 324233720001-17



411778
INTERCÂMBIO

Declaro, que após ter sido devidamente esboçado 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 nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

53-Data, local e Cambio da Empresa
12/11/2010

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/7/11 20x matheus

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 [27][11][20]
 Ramalho, Renato
 Cirurgião-Dentista
 CRO RJ-25544

50-Data: 23/11/2010
Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Solange F. Ramalho
CBO: 23010504



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

412052
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/3/10/12/11

6-Número da Guia Principal
8024523

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/7/11/11/12/10

3-Data de Emissão da Guia
05/11/11/12/10

8-Número da Carteira
10/02/02/53163670000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10/02/02/53163670000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

CELIO LUIZ DE SANT ANNA

13-Nome

CELIO LUIZ DE SANT ANNA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

RAMAYANA HERINGER LAGE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1131613107164770

22-Nome do Contratado Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

25-Nome do Profissional Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

30-Tabella

31-Código do Procedimento

1-00185100218

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região

21 MPD

34-Face

1

35-Quantidade US

1

36-Franquia/Co-participação RS

0,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação RS

0,00

39-Aut

11/11/11/11/11

40-Data de Realização

11/11/11/11/11

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/11/11/11/11

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

112100

47-Valor Total RS

0,00

48-Tota Franquia / Co-participação RS

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 obrigações 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

12/3/11/11/10/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/3/11/11/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/3/11/11/10/11

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/3/11/11/10/11

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/3/11/11/10/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/3/11/11/10/11

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/3/11/11/10/11

Odonto

Rio das Ostras

CNPJ-32423720001-17