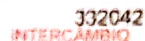




594



Digitalizado com CamScanner



335160
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 07/10/2011	4-Data de Autorização 07/10/2011	5-Ramo AUTORIZADO	6-Autorização de Guia Principal 50174768	7-Data de Validade da Guia 09/11/2011
8-Número de Cartão 000370000030360480					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa OTZ ENGENHARIA LTDA		11-Data de Emissão de Guia 07/10/2011	
12-Nome FELIPE RODRIGUES SOARES		13-Data de Assinatura 06/09/2011		14-Número do Contrato Mensal de Saúde 898004638923021	
15-Adesão a RV N					
16-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS					
17-Código de Operadora / CNPJ / CNP 056400827000		18-Valor de Contratação Exatidão MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		19-Valor de Contratação Exatidão 31708	
20-Valor de Contratação Exatidão MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		21-Valor de Contratação Exatidão 31708		22-Valor de Contratação Exatidão 31708	
23-Valor de Contratação Exatidão MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		24-Valor de Contratação Exatidão 31708		25-Valor de Contratação Exatidão 31708	
26-Valor de Contratação Exatidão MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Valor de Contratação Exatidão 31708		28-Valor de Contratação Exatidão 31708	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Realização	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Taxa de Realização	41-Valor de 100% 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00				
2	0084000060	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	51,00	0,00				
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/10/2011	44-Tipo de Assinatura 1-Tratamento Odontológico 2-Linha Patológica 3-Cirurgia 4-Urgência/Exatidão	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quotidiano US 9,80	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Valor Total R\$ / Co-participação R\$ 10,00
--	--	--	--------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 Corrente-Dentista Solicitante 07/10/2011 Mariana Guimarães S. Martins	51-Data, local e Assinatura do Corrente-Dentista Assistente 07/10/2011 Mariana Guimarães S. Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2011 Felipe Rodrigues Soares	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/10/2011 OTZ Engenharia Ltda
---------------	--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

335161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2017	4-Data de Autorização 07/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174771	7-Data Validade da Semra 05/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000030360466	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa OTZ ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706004315143948	
13-Nome MARCELO DA ROCHA SOARES		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano MARCELO DA ROCHA SOARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO 8	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05640092700		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	23-Número no CRO 31708	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Número no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			04/04/2017		
2	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00			04/04/2017		
3	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			04/04/2017		
4	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00			04/04/2017		
5	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00			04/04/2017		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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\$ / /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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 04/04/2017 Dra Mariana Guimarães S Martins CRO-RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/04/2017 Dra Mariana Guimarães S Martins CRO-RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/04/2017 MARCELO DA ROCHA SOARES	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



341662
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão do Guia 20/10/2012	6-Data de Autenticação 20/10/2012	8-Nome AUTORIZADO	9-Numero da Guia Principal 50177469	7-Data validade no Sistema 18/11/2012
Dados do Beneficiário					
2-Numero da Carteira 0037994061992930		3-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSULPRI CONSULTO	11-Data validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 700705930996375
13-Nome LILIANE DOS SANTOS SOUSA			14-Idade 09/03/1985	15-Nome do titular do plano LILIANE DOS SANTOS SOUSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteração e RN N	17-Nome do Profissional Substituto MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		18-Numero no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO S 901 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CNP 05640092700		22-Nome do Contratado Estabelecimento MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		23-Numero no CRO 31708	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Locatário MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Numero no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			20/02/2012		
2-00181000018		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00			20/02/2012		
3-00181000018		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			20/02/2012		
4-00181000018		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00			20/02/2012		
5-00181000018		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	12,00	0,00			20/02/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estética 3-Cirurgia 4-Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Estimado US 95,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 20/10/2012 Dra Mariana Guimarães S Martins CRO-RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 20/10/2012 Mariana Guimarães S Martins CRO-RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2012 Liliane dos Santos Sousa	53-Data, local e Cartão da Empresa
---------------	---	---	--	------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



341665
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	13-Data de Emissão do Guia 12/01/2017	14-Data de Autorização 12/01/2017	15-Status AUTORIZADO	16-Número da Guia Principal 80177472	17-Data de Emissão do Guia 12/01/2017
------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	---	--

18-Número do Cartão 0037994061802981	19-Plano POS REDE PRESTADORA	20-Estabelecimento CONSULPPI CONSULTO	21-Data de Emissão do Cartão 12/01/2017	22-Número do Cartão Nacional de Saúde 7669001048429385
---	---------------------------------	--	--	---

23-Nome ISABELLA SOUSA PEREIRA	24-Data de Nascimento 26/11/2008	25-Endereço LILIANE DOS SANTOS SOUSA
-----------------------------------	-------------------------------------	---

26-Atendimento a RH N	27-Atividade do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	28-Número no CRM 31708	29-UF RJ	30-Código CBO 9
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

31-Código de Operadora 056400827000	32-Atividade do Contratado - Encarregado MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	33-Número no CRM 31708	34-UF RJ	35-Código CBO 9
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

36-Atividade do Profissional Encarregado MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	37-Número no CRM 31708	38-UF RJ	39-Código CBO 9
--	---------------------------	-------------	-----------------

20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Data de Realização	24-Faixa	25-Qnt	26-Quantidade US	27-Valor	28-Preço unitário / Participação P/B	29-Ant	30-Data de Realização	31-Valor de Cota	32-Atividade
1	0037994061802981	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	0,00		20/01/2017	2,00	2
2	0037994061802981	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	5,00	0,00	0,00		20/01/2017	2,00	3
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Cota Prevista Tabela de Tratamento 0,00	44-Tipo de Atendimento 1-Consultas Odontológicas 2-Cuidado Preventivo 3-Endodontia 4-Ortodontia 5-Peri-Implodontia 6-Implodontia 7-Neuromuscular 8-Ortopedia 9-Ortopedia Maxilofacial 10-Ortopedia Maxilofacial 11-Ortopedia Maxilofacial 12-Ortopedia Maxilofacial 13-Ortopedia Maxilofacial 14-Ortopedia Maxilofacial 15-Ortopedia Maxilofacial 16-Ortopedia Maxilofacial 17-Ortopedia Maxilofacial 18-Ortopedia Maxilofacial 19-Ortopedia Maxilofacial 20-Ortopedia Maxilofacial 21-Ortopedia Maxilofacial 22-Ortopedia Maxilofacial 23-Ortopedia Maxilofacial 24-Ortopedia Maxilofacial 25-Ortopedia Maxilofacial 26-Ortopedia Maxilofacial 27-Ortopedia Maxilofacial 28-Ortopedia Maxilofacial 29-Ortopedia Maxilofacial 30-Ortopedia Maxilofacial 31-Ortopedia Maxilofacial 32-Ortopedia Maxilofacial 33-Ortopedia Maxilofacial 34-Ortopedia Maxilofacial 35-Ortopedia Maxilofacial 36-Ortopedia Maxilofacial 37-Ortopedia Maxilofacial 38-Ortopedia Maxilofacial 39-Ortopedia Maxilofacial 40-Ortopedia Maxilofacial 41-Ortopedia Maxilofacial 42-Ortopedia Maxilofacial 43-Ortopedia Maxilofacial 44-Ortopedia Maxilofacial 45-Ortopedia Maxilofacial 46-Ortopedia Maxilofacial 47-Ortopedia Maxilofacial 48-Ortopedia Maxilofacial 49-Ortopedia Maxilofacial 50-Ortopedia Maxilofacial 51-Ortopedia Maxilofacial 52-Ortopedia Maxilofacial 53-Ortopedia Maxilofacial 54-Ortopedia Maxilofacial 55-Ortopedia Maxilofacial 56-Ortopedia Maxilofacial 57-Ortopedia Maxilofacial 58-Ortopedia Maxilofacial 59-Ortopedia Maxilofacial 60-Ortopedia Maxilofacial 61-Ortopedia Maxilofacial 62-Ortopedia Maxilofacial 63-Ortopedia Maxilofacial 64-Ortopedia Maxilofacial 65-Ortopedia Maxilofacial 66-Ortopedia Maxilofacial 67-Ortopedia Maxilofacial 68-Ortopedia Maxilofacial 69-Ortopedia Maxilofacial 70-Ortopedia Maxilofacial 71-Ortopedia Maxilofacial 72-Ortopedia Maxilofacial 73-Ortopedia Maxilofacial 74-Ortopedia Maxilofacial 75-Ortopedia Maxilofacial 76-Ortopedia Maxilofacial 77-Ortopedia Maxilofacial 78-Ortopedia Maxilofacial 79-Ortopedia Maxilofacial 80-Ortopedia Maxilofacial 81-Ortopedia Maxilofacial 82-Ortopedia Maxilofacial 83-Ortopedia Maxilofacial 84-Ortopedia Maxilofacial 85-Ortopedia Maxilofacial 86-Ortopedia Maxilofacial 87-Ortopedia Maxilofacial 88-Ortopedia Maxilofacial 89-Ortopedia Maxilofacial 90-Ortopedia Maxilofacial 91-Ortopedia Maxilofacial 92-Ortopedia Maxilofacial 93-Ortopedia Maxilofacial 94-Ortopedia Maxilofacial 95-Ortopedia Maxilofacial 96-Ortopedia Maxilofacial 97-Ortopedia Maxilofacial 98-Ortopedia Maxilofacial 99-Ortopedia Maxilofacial 100-Ortopedia Maxilofacial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 9,60	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Parcelas / Competitividade R\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, regras, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a seguir com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos descritos acima e por mim assinados(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

50-Data, local e Assinatura do Contratado - Cliente ou Representante 12/01/2017 Dra. Mariana Guimarães S. Martins CRO RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 12/01/2017 Dra. Mariana Guimarães S. Martins CRO RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2017 Liliane dos Santos Sousa	53-Data, local e Cópia da Empresa
---	--	---	-----------------------------------



341672
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/2013	4-Data de Autorização 20/07/2013	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177477	7-Data Validade da Guia 18/11/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000379994061992990	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSULPRI CONSULTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701800223456670	
13-Nome IAGO SOUSA PEREIRA		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano LILIANE DOS SANTOS SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05640092700	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	23-Número no CRO 31708	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executor MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Número no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dia/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			20/07/2013		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	5,00	0,00			20/07/2013		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 98,00	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 20/07/2013, Dra. Mariana Guimarães S. Martins, CRO-RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2013, Dra. Mariana Guimarães S. Martins, CRO-RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2013, Liliane dos Santos Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

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 e 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-Observacio

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Bancário(a) / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa



346039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão de Guia 12/17/10/17/12/01	4-Data de Autorização 12/17/10/17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50170124	7-Data Validade de Série 12/15/11/01/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 010379994064803390		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704701785842537
13-Nome MARIA SOPHIA SOUSA GOMES		14-Telefone 17/01/2019	15-Nome do Mãe do Plano MARIANA LOPES PEREIRA SOUSA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO 8 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPT 05640092700		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		23-Número no CRO 31708	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Número no CRO 31708		28-UF RJ	29-Código CBO 8	

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 Cita	42-Assinatura
1-010181101010310		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			22/09/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 Quantitativa US 47,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/12, Maria Guimaraes S. Martins, CRO RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/12, Maria Guimaraes S. Martins, CRO RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/12, Mariana Lopes Pereira Sousa	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



346783
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/08/11 12/07/12 01 4-Data de Autorização 12/08/11 07/12/01 5-Sexo AUTORIZADO 6-Acúmulo de Guia Principal 50179434 7-Data de Exatidão da Sessão 12/08/11 07/12/01

8-Número de Cartão 0103700000002011831651 9-Tipo de Rede PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Cidade e Estado da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 700569123232250

13-Nome MANUELA MOREIRA TORRES 14-Telefone 25/02/2013 15-Nome do titular do plano MANUELA MOREIRA TORRES

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS 18-Número do CBO 31708 19-UF RJ 20-Código CBO 8 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora CBO / CBO 0516400927001 22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS 23-Número do CBO 31708 24-UF RJ 25-Código CBO 8

26-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS 27-Número do CBO 31708 28-UF RJ 29-Código CBO 8

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-CenterRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cota de Reutilização	41-Índice de Classe 42-Assinatura
1	0108101000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	147,00	0,00		S	28/07/20	
2	0108140000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	15,00	0,00		S	28/07/20	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quotização US 08,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 por 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 a por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 02/08/11 07/12/01 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/08/11 07/12/01 52-Data, local e Assinatura do Usuário/Responsável 02/08/11 07/12/01 53-Data, local e Contato de Empresa