



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

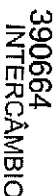
2.º



390664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 06/11/10 10:20	3-Data de Autorização 11/11/12 12:01	4-Será Autorizado AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7938368	6-Data Validade da Guia 10/14/10 11/21
7-Número do Contrato 0000202524116700050303	8-Número da Empresa 03/03/2011	9-Posição da Empresa POS REDE PRESTADORA	10-ASSOC FUNC PUBL ATIVOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome ENZO ALVES SIMOES PEREIRA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Endereço do titular do plano MAYARA ALVES SIMOES FERREIRA					
16-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
17-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
18-Número no CRO 44678					
19-UF RJ					
20-Código CRO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114552333747					
22-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
23-Número no CRO 44678					
24-UF RJ					
25-Código CRO S (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-					
26-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
27-Número no CRO 44678					
28-UF RJ					
29-Código CRO S (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-					
30-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
31-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
32-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
33-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
34-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
35-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
36-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
37-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
38-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
39-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
40-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
41-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
42-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
43-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
44-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
45-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
46-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
47-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
48-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
49-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
50-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
51-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
52-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
53-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
54-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
55-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
56-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
57-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
58-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
59-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
60-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
61-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
62-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
63-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
64-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
65-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
66-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
67-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
68-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
69-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
70-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
71-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
72-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
73-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
74-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
75-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
76-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
77-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
78-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
79-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
80-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
81-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
82-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
83-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
84-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
85-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
86-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
87-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
88-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
89-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
90-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
91-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
92-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
93-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
94-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
95-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
96-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
97-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
98-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
99-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
100-Endereço do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					

2-11

49-Observação

5

10

11

--	--

—

14 | 1

13	
----	--

1001

-
-
-
-
-
-

101

15

1000

→

100

15-1010

Δ	C	C
---	---	---

--	--

5

1-10 FQ

30-Tabelle

Planck Institute

BÁFÁEI

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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1. **Don't** **do**

--

16-Alendronate

Pedidos do Car

ENZO

666

101012

Downloaded from
http://ajphaphapubs/ at University of California, San Francisco
on June 11, 2015

Foot 17

1-Registro Al

[illegible]

10

12



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



405185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	2-Dado de Emissão da Guia 12/6/11 01/2/0	3-Dado de Autuação 05/10/11 2/1	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7996783	6-Dado Vencível da Guia 12/4/10 11/12/11
8-Número da Carteira 010120125328374010101011		9-Sistema POS REDE PRESTADORA		10-Formosa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome MARIA ANTONIA SANTANA SANTOS		14-Data de Emissão 13/08/1979		15-Nome do titular do plano MARIA ANTONIA SANTANA SANTOS	
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		18-Número no CRO 44678	
19-Código de Origem / CNU / CPE 114552333747		20-Nome do Contratado Estudante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		21-Número no CRO 44678	
22-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		23-Número no CRO 44678		24-UF RJ	
25-Código CRO S		26-Código CRO S		27-Código CRO S	
28-Nome do Tratamento / Procedimento / Serviço Furo de Tratamento / Prótese / Implante		29-Número no CRO 44678		30-UF RJ	
31-Código do Procedimento 110101811010065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Data de Realização 34-Fase 35-Cid 36-Quantidade US	
37-Valor 38-Franquia / Co-participação R\$		39-Valor 40-Data de Realização 41-Motivo de Guia 42-Responsável		43-Valor Total R\$	
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial		46-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	
47-Valor Total R\$		48-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial		49-Valor Total R\$	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/11/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/11/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/11/21	
53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/11/21		54-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/11/21		55-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/11/21	

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, compreendendo-me a cumprir as obrigações do provisionamento 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

56-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

57-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

58-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

59-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

60-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

61-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

62-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

63-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

64-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

65-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

66-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

67-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

68-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

69-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

70-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

71-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

72-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

73-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

74-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

75-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

76-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

77-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

78-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

79-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

80-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

81-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

82-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

83-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

84-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

85-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

86-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

87-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

88-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

89-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

90-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

91-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

92-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

93-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

94-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

95-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

96-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

97-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

98-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

99-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

100-Data, local e Assinatura da Empresa
05/10/11/21

Maria Antonia Santos S.S



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



420197
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 408414	3-Dia de Emissão da Guia 11/05/11 11/210	4-Dia de Autopreenchimento 10/05/11 11/211	5-Sessão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8058465	7-Dia Vencido da Sessão 11/04/11 02/12/11
8-Atividade de Cuidado 0102021533221151000000101011	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Emissão DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Endereço 11/05/11 11/211	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LILIAN MARIA DA SILVA	30/05/1975	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano LILIAN MARIA DA SILVA		
16-Atendimento a SN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa Envlar - RX (1) 81000421-RIS (1) 81000421-RPID	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1145523333747	22-Nome do Contratado Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 81000421-RIS (1) 81000421-RPID	
26-Nome do Profissional Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa Envlar - RX (1) 81000421-RIS (1) 81000421-RPID		
30-1-ano 1-00	31-Código do Procedimento 851100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dentista/Região 44	34-Tipo 0	35-Qtd 1
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14100
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	14100
5-00	81000421				
6-00	81000421				
7-00	81000421				
8-00	81000421				
9-00	81000421				
10-00	81000421				
11-00	81000421				
12-00	81000421				
13-00	81000421				
14-00	81000421				
15-00	81000421				
43-Dia Prescrito Tardio do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Diagnóstico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 89,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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, compreendendo-me a pagar com 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

26-Dia, local e Assinatura do Solicitante ou do Beneficiário
05/11/2011
27-Dia, local e Assinatura do Contratado Exatante
05/11/2011
28-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/2011
29-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado
05/11/2011

811111



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Data em ASIS 406/14	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12/10	4-Data de Autorização 11/2/10/11/2/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8104480	7-Código Validador da SS-TE 011/10/13/12/11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

431175
INTERCÂMBIO

8-Identificação do Paciente 10 0 2 0 2 5 3 3 9 3 9 4 0 0 0 0 1 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validador da Caixa 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome HERICK LUIZ SANT ANA MOURA	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano MARLENE DE SANT ANA BERAL
---------------------------------------	--	--

16-Endereço e RU N	17-Nome do Profissional Social RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-UF RJ	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
-----------------------	--	-------------	-------------	--------------------------

21-Código da Operação / CBO / CBO 11 4 5 5 2 3 3 3 7 4 7	22-Nome do Contrato Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CBO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Emplante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CBO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S RJ
--	---------------------------	-------------	-----------------------

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Ido	35-Quantidade US	36-Valor	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Valor	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
1	0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	13,4	10,0	0,0	0,0	12/11/2011		
2	0 0	8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	7,2	0,0	0,0	0,0	12/11/2011		
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												

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

245



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



433310
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

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

4-Data de Autorização
10/5/10/1/12/11

5-Serão
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8113167

7-Data Validade da Guia
10/3/10/13/12/11

8-Número de Carteira
10/02/02/53311601000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1/1

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LAURICI DE OLIVEIRA CARMO

14-7-Relatório
()

15-Nome do titular da Plano
LAURICI DE OLIVEIRA CARMO

16-Atendimento a RUI
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

18-Número no CRO
44678

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
145152333747

22-Nome do Contratado Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

23-Número no CRO
44678

24-UF
RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

30-Teledia
31-Código do Procedimento
10081000065

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dentista Regido
HASD

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
34,10,10

37-Medidor
0,10,10

38-Franquia-Cop-participação R\$
1015/104/1241

39-Ant
1015/104/1241

40-Data de Realização
1015/104/1241

41-Motivo da Realização
1015/104/1241

2-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HASD

1

1

36,10,10

10,10,10

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

3-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAID

1

1

36,10,10

10,10,10

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

4-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

1

1

36,10,10

10,10,10

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

5-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HASE

1

1

36,10,10

10,10,10

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

1015/104/1241

6-1111111111

7-1111111111

8-1111111111

9-1111111111

10-1111111111

11-1111111111

12-1111111111

13-1111111111

14-1111111111

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Escama Radiológica 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1178,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

comme



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



439984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 14/12/10 4-Dia de Autorização 18/12/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 841154 7-Dia de Validade da Guia 14/03/11

8-Número da Carteira 001201251241116710010151030121 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS 11-Dia de Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISACQUE ALVES SIMOES PEREIRA 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano MAYARA ALVES SIMOES FERREIRA

16-Atendimento a RT 17-Atendimento ao Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1145523337471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	840100090										
2-0	0	810100065										
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1106,00 47-Vale Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Dado legal e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dado legal e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dado legal e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado legal e Assinatura da Empresa



2-N

49-Observação

referentes ao

Continued

11

141111

12		
----	--	--

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

9.1.11

6	6
---	---

○

4-10101

11

100

[illegible]

--

2

Parsons & Co.

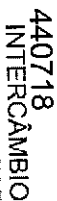
1111

Libados do Belne

1-Registro ANS

2018年12月

2.1.1.1



contrato. Deixarei, ainda que eu/procurem-me, a cargo de quem eu/procurem-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

149-Observations

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

5.3-Data Local e Carimbo da Empresa



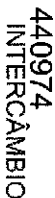
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

440747
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11	2-Data de Autorização 12/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8145046	7-Data Validade da Série 11/10/13
8-Data de Sanção 01/02/12			9-Data Validade da Guia 11/12/11		
10-Nome do Contatado DAMIANA ANDRADE SOARES			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Nome do Contatado DAMIANA ANDRADE SOARES			13-Número do Cartão Nacional de Saúde 144307		
14-Endereço do Contatado 03/11/1983			15-Nome do titular do plano DAMIANA ANDRADE SOARES		
16-Atendimento a RM RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		
18-Código da Operadora / CNPJ / CPF 1145512333747			19-Número no CRO 44678		
20-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			21-Número no CRO 44678		
22-Nome do Contatado Específico RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			23-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421 (1) 81000421- (1) 81000421-RPID		
24-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			25-Código CBO S 44678		
26-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			27-UF RJ		
28-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			29-Código CBO S 44678		
30-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			31-UF RJ		
32-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			33-Código CBO S 44678		
34-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			35-UF RJ		
36-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			37-UF RJ		
38-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			39-UF RJ		
39-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			40-UF RJ		
40-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			41-UF RJ		
41-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			42-UF RJ		
42-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			43-UF RJ		
43-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			44-UF RJ		
44-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			45-UF RJ		
45-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			46-UF RJ		
46-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			47-UF RJ		
47-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			48-UF RJ		
48-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			49-UF RJ		
49-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			50-UF RJ		
50-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			51-UF RJ		
51-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			52-UF RJ		
52-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			53-UF RJ		
53-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			54-UF RJ		
54-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			55-UF RJ		
55-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			56-UF RJ		
56-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			57-UF RJ		
57-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			58-UF RJ		
58-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			59-UF RJ		
59-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			60-UF RJ		
60-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			61-UF RJ		
61-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			62-UF RJ		
62-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			63-UF RJ		
63-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			64-UF RJ		
64-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			65-UF RJ		
65-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			66-UF RJ		
66-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			67-UF RJ		
67-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			68-UF RJ		
68-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			69-UF RJ		
69-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			70-UF RJ		
70-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			71-UF RJ		
71-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			72-UF RJ		
72-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			73-UF RJ		
73-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			74-UF RJ		
74-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			75-UF RJ		
75-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			76-UF RJ		
76-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			77-UF RJ		
77-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			78-UF RJ		
78-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			79-UF RJ		
79-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			80-UF RJ		
80-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			81-UF RJ		
81-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			82-UF RJ		
82-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			83-UF RJ		
83-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			84-UF RJ		
84-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			85-UF RJ		
85-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			86-UF RJ		
86-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			87-UF RJ		
87-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			88-UF RJ		
88-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			89-UF RJ		
89-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			90-UF RJ		
90-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			91-UF RJ		
91-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			92-UF RJ		
92-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			93-UF RJ		
93-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			94-UF RJ		
94-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			95-UF RJ		
95-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			96-UF RJ		
96-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			97-UF RJ		
97-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			98-UF RJ		
98-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			99-UF RJ		
99-Endereço do Profissional RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			100-UF RJ		

24



referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

2. Classe da Pericóps
Punta do Quebra



Planilha para 2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



73 2871

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/12	4-Data de Autorização 12/01/12	5-Sonho AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8146023	7-Data Validade do Sonho 11/05/13
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 01020252747451010101013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome BERNARDO GABRIEL SANTOS SILVA	31/08/2013	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano CARLA SANTOS GABRIEL SILVA
--	------------	--------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CBO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114552333747	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CBO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CBO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura																																															
1	0	0	1	8	1	0	0	0	6	5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3	4	10	0		0	10	0	11/05/12	RA																																												
2																																																																					
3																																																																					
4																																																																					
5																																																																					
6																																																																					
7																																																																					
8																																																																					
9																																																																					
10																																																																					
11																																																																					
12																																																																					
13																																																																					
14																																																																					
15																																																																					
43-Data Previsão Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento										45-Tipo de Faturamento										46-Total Quantidade US										47-Valor Total R\$										48-Total Franquia / Co-participação R\$																			
1-1-1-1-1-1-1-1-1-1										1-1-1-1-1-1-1-1-1-1										1-1-1-1-1-1-1-1-1-1										34100										01001																													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Franciá	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/12	53-Data, local e Assinatura do Corrente da Empresa 12/01/12
---	---	---	--

Carla Santos Gabriel Silva



2-N)



1-Registro AIB 4069114		3-Dia de Emissão da Guia 11/6/112/12/10		4-Dia de Autorização 11/7/112/12/10		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8149195		7-Dia Válido da Guia 11/6/10/13/12/11		441678 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 10102021523501940101011503		9-Primo POS REDE PRESTADORA		10-Emissão 25/03/1973		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JOSE ROBERTO LANDIN GUIMARAES		14-Telefone (211) 3174181161519		15-Nome do titular do plano TATIANE DE ALMEIDA FONSECA		16-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		17-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
18-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		19-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		20-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		21-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		22-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
23-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		24-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		25-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		26-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		27-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
28-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		29-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		30-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		31-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		32-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
33-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		34-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		35-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		36-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		37-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
38-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		39-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		40-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		41-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		42-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
43-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		44-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		45-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		46-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		47-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
48-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		49-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		50-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		51-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		52-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
53-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		54-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		55-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		56-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		57-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
58-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		59-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		60-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		61-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		62-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
63-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		64-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		65-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		66-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		67-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
68-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		69-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		70-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		71-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		72-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
73-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		74-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		75-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		76-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		77-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
78-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		79-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		80-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		81-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		82-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
83-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		84-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		85-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		86-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		87-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
88-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		89-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		90-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		91-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		92-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
93-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		94-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		95-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		96-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		97-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
98-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		99-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		100-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		101-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		102-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
103-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		104-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		105-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		106-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		107-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
108-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		109-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		110-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		111-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		112-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
113-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		114-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		115-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		116-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		117-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
118-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		119-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		120-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		121-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		122-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
123-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		124-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		125-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		126-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		127-Advertência a RUI RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
12													



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



443023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/12/12/0	4-Data de Autorização 11/3/10/11/2/1	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8154814	7-Data Validade da Segunda 11/7/10/3/12/1
8-Data de Nascimento 10/02/02	9-Idade 25	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/1/1/1/1	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome PAMELA INALDA CORREIA DE OLIVEIRA			15-Nome do Titular do Plano SIMONE INALDA HENRIQUE CORREIA DE OLIVEIRA		
16-Atendimento a RV N			17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11451523133747111			22-Nome do Contratado Excoante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		
25-Nome do Profissional Excoante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			26-Número no CRO 44678		
27-Valor R\$			28-Código CBO 5		
29-Valor R\$			30-Código CBO 5		
31-Valor R\$					
32-Valor R\$					
33-Valor R\$					
34-Valor R\$					
35-Valor R\$					
36-Valor R\$					
37-Valor R\$					
38-Valor R\$					
39-Valor R\$					
40-Valor R\$					
41-Valor R\$					
42-Valor R\$					
43-Valor R\$					
44-Valor R\$					
45-Valor R\$					
46-Valor R\$					
47-Valor R\$					
48-Valor R\$					
49-Valor R\$					
50-Valor R\$					
51-Valor R\$					
52-Valor R\$					
53-Valor R\$					
54-Valor R\$					
55-Valor R\$					
56-Valor R\$					
57-Valor R\$					
58-Valor R\$					
59-Valor R\$					
60-Valor R\$					
61-Valor R\$					
62-Valor R\$					
63-Valor R\$					
64-Valor R\$					
65-Valor R\$					
66-Valor R\$					
67-Valor R\$					
68-Valor R\$					
69-Valor R\$					
70-Valor R\$					
71-Valor R\$					
72-Valor R\$					
73-Valor R\$					
74-Valor R\$					
75-Valor R\$					
76-Valor R\$					
77-Valor R\$					
78-Valor R\$					
79-Valor R\$					
80-Valor R\$					
81-Valor R\$					
82-Valor R\$					
83-Valor R\$					
84-Valor R\$					
85-Valor R\$					
86-Valor R\$					
87-Valor R\$					
88-Valor R\$					
89-Valor R\$					
90-Valor R\$					
91-Valor R\$					
92-Valor R\$					
93-Valor R\$					
94-Valor R\$					
95-Valor R\$					
96-Valor R\$					
97-Valor R\$					
98-Valor R\$					
99-Valor R\$					
100-Valor R\$					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, (técnicos, 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) (técnico(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.

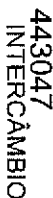
48-Observação

60-Data Local e Assinatura do Solicitante

61-Data Local e Assinatura do Contratado

62-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data Local e Assinatura da Empresa

2-N^o

Dados do Beneficiário

8-Número da Cantelra13-Nov-11

SHEILA MARQUES DOS SANTOS	02/12/1978	() -	SHEILA MARQUES DOS SANTOS
---------------------------	------------	-------	---------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Provisório Solicitante	18-Número do CBO	19-JF	20-Código CBO
N	RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	44678	RJ	025

	21-Código de Operacional CNPJ / CPF	11455233747
	22-Nome do Contratado Excedente	RAFAELA ARAUJO RODRIGUES
	23-Numero no CRO	44678
	24-U/F	RJ
	25-Código CIES	
	Enviar - R	(1) 81009421-

20-VOLUNTÁRIO PROFISSIONAL EXERCITANDO	27-Número no CNO	28-U/F	29-Código CBO S
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	44678	RJ	(1) 81000421- (1) 81000421-RPD

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	32-Descrição	34-Fatura	36-Quantidade US	37-Valor
31-Código do Procedimento	33-Dente/Região	35-Qtd	38-Franquia/Co-participação RS	39-Ant
			40-Dado de Realização	41-Moeda da Gravação

[illegible]

0	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
0	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

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]

DATE	BY	DESCRIPTION	AMOUNT
11/1/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/2/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/3/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/4/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/5/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/6/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/7/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/8/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/9/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/10/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/11/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/12/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/13/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/14/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/15/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/16/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/17/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/18/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/19/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/20/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/21/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/22/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/23/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/24/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/25/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/26/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/27/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/28/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/29/11	BY	DEPOSIT	100.00
11/30/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/1/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/2/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/3/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/4/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/5/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/6/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/7/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/8/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/9/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/10/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/11/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/12/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/13/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/14/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/15/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/16/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/17/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/18/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/19/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/20/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/21/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/22/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/23/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/24/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/25/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/26/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/27/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/28/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/29/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/30/11	BY	DEPOSIT	100.00
12/31/11	BY	DEPOSIT	100.00

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

[illegible][illegible][illegible]

Question	Answer
1. What is the main purpose of the study?	The main purpose of the study is to investigate the effect of the intervention on the outcome.
2. What is the research design?	The research design is a randomized controlled trial.
3. What is the sample size?	The sample size is 1000 participants.
4. What is the intervention?	The intervention is a new treatment.
5. What is the control?	The control is a standard treatment.
6. What is the outcome?	The outcome is the primary endpoint.
7. What is the significance level?	The significance level is 0.05.
8. What is the power?	The power is 80%.
9. What is the confidence interval?	The confidence interval is 95%.
10. What is the conclusion?	The conclusion is that the intervention is effective.

[illegible]

Case	Year	Age	Sex	Occupation	History of disease	Exposure to agent	Onset of disease	Course of disease	Outcome
1	1978	45	M	Farmer	None	1978	1978	1978	1978
2	1979	52	F	Housewife	None	1979	1979	1979	1979
3	1980	38	M	Teacher	None	1980	1980	1980	1980
4	1981	60	F	Retired	None	1981	1981	1981	1981
5	1982	42	M	Engineer	None	1982	1982	1982	1982
6	1983	55	F	Housewife	None	1983	1983	1983	1983
7	1984	35	M	Student	None	1984	1984	1984	1984
8	1985	48	F	Teacher	None	1985	1985	1985	1985
9	1986	50	M	Engineer	None	1986	1986	1986	1986
10	1987	40	F	Housewife	None	1987	1987	1987	1987
11	1988	58	M	Retired	None	1988	1988	1988	1988
12	1989	32	F	Student	None	1989	1989	1989	1989
13	1990	45	M	Teacher	None	1990	1990	1990	1990
14	1991	55	F	Housewife	None	1991	1991	1991	1991
15	1992	38	M	Engineer	None	1992	1992	1992	1992
16	1993	42	F	Housewife	None	1993	1993	1993	1993
17	1994	50	M	Retired	None	1994	1994	1994	1994
18	1995	35	F	Student	None	1995	1995	1995	1995
19	1996	48	M	Teacher	None	1996	1996	1996	1996
20	1997	52	F	Housewife	None	1997	1997	1997	1997
21	1998	40	M	Engineer	None	1998	1998	1998	1998
22	1999	55	F	Housewife	None	1999	1999	1999	1999
23	2000	38	M	Teacher	None	2000	2000	2000	2000
24	2001	45	F	Housewife	None	2001	2001	2001	2001
25	2002	50	M	Engineer	None	2002	2002	2002	2002
26	2003	42	F	Housewife	None	2003	2003	2003	2003
27	2004	58	M	Retired	None	2004	2004	2004	2004
28	2005	32	F	Student	None	2005	2005	2005	2005
29	2006	45	M	Teacher	None	2006	2006	2006	2006
30	2007	55	F	Housewife	None	2007	2007	2007	2007
31	2008	38	M	Engineer	None	2008	2008	2008	2008
32	2009	42	F	Housewife	None	2009	2009	2009	2009
33	2010	50	M	Retired	None	2010	2010	2010	2010
34	2011	35	F	Student	None	2011	2011	2011	2011
35	2012	48	M	Teacher	None	2012	2012	2012	2012
36	2013	52	F	Housewife	None	2013	2013	2013	2013
37	2014	40	M	Engineer	None	2014	2014	2014	2014
38	2015	55	F	Housewife	None	2015	2015	2015	2015
39	2016	38	M	Teacher	None	2016	2016	2016	2016
40	2017	45	F	Housewife	None	2017	2017	2017	2017
41	2018	50	M	Engineer	None	2018	2018	2018	2018
42	2019	42	F	Housewife	None	2019	2019	2019	2019
43	2020	58	M	Retired	None	2020	2020		

[illegible]

$ \begin{aligned} & \text{Theorem 1. Let } \mathcal{H} \text{ be a Hilbert space, } T \text{ a bounded linear operator on } \mathcal{H}, \text{ and } \{e_n\}_{n=1}^{\infty} \text{ an orthonormal basis for } \mathcal{H}. \text{ Then} \\ & \ T\ = \sup_{\ x\ =1} \ Tx\ = \sqrt{\sum_{n=1}^{\infty} \ Te_n\ ^2}. \end{aligned} $	$ \begin{aligned} & \text{Proof. Let } x = \sum_{n=1}^{\infty} \langle x, e_n \rangle e_n \text{ be an arbitrary vector in } \mathcal{H} \text{ with } \ x\ = 1. \text{ Then} \\ & \ Tx\ ^2 = \left\ \sum_{n=1}^{\infty} \langle x, e_n \rangle Te_n \right\ ^2 = \sum_{n=1}^{\infty} \langle x, e_n \rangle ^2 \ Te_n\ ^2 \leq \sum_{n=1}^{\infty} \ Te_n\ ^2. \end{aligned} $
$ \begin{aligned} & \text{Theorem 2. Let } \mathcal{H} \text{ be a Hilbert space, } T \text{ a bounded linear operator on } \mathcal{H}, \text{ and } \{e_n\}_{n=1}^{\infty} \text{ an orthonormal basis for } \mathcal{H}. \text{ Then} \\ & \ T\ = \sqrt{\sum_{n=1}^{\infty} \ Te_n\ ^2}. \end{aligned} $	$ \begin{aligned} & \text{Proof. Let } x = \sum_{n=1}^{\infty} \langle x, e_n \rangle e_n \text{ be an arbitrary vector in } \mathcal{H} \text{ with } \ x\ = 1. \text{ Then} \\ & \ Tx\ ^2 = \left\ \sum_{n=1}^{\infty} \langle x, e_n \rangle Te_n \right\ ^2 = \sum_{n=1}^{\infty} \langle x, e_n \rangle ^2 \ Te_n\ ^2 \leq \sum_{n=1}^{\infty} \ Te_n\ ^2. \end{aligned} $

[illegible]

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4.9. Observations

Journal of Management Education 36(1) 7-19
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions:
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

50-Dia, local e Assinatura do Beneficiário ou do Solicitante	
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	








































GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

21F



1-Registro AINS 408414	5-Data de Emissão da Guia 10/07/2011	2-Data de Autenticação 11/01/2011	6-Santa AUTORIZADO	7-Número da Guia Principal 8178793	8-Data Validade da Guia 10/07/2014
---------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

449451
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

3-Atividade da Carreira 100202025307009000000103	8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carreira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

3-Nome
MARINETE RAMOS

21/09/1969

15-Nome do titular do plano
ANDRESSA RAMOS FERNANDES

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RUI N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRC 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
---------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
145151233374722-Nome do Contratado Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES23-Número no CRC
4467824-UF
RJ25-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(II) 81000421-26-Nome do Profissional Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES27-Número no CRO
4467828-UF
RJ29-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(II) 81000421-

Dados de Tratamento / Procedimento / Situação

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	61,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSP		1	14,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
7-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
8-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIME		1	14,00	0,00	0,00	S	10/01/2011	14	14
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Revisão / Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipos de Faturamento

47-Tipos de Faturamento

48-Tipos de Faturamento

49-Tipos de Faturamento

Declaro, que após ler e compreender o presente documento, 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. Deixo, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



452423
INTERCÂMBIO

1-Identificação ANS 408414	3-Data de Emissão do Guia 11/2/01/12/11	4-Data de Autorização 11/2/01/12/11	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Cui a Principal 8189587	7-Data Validade da Serção 11/2/01/4/12/11
8-Identificação do Paciente 13-Nome JOSE ROBERTO LANDIN GUIMARAES			9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES	11-Data Validade da Serção 11/2/01/12/11
12-Endereço do Paciente 16-Endereço a RM RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			13-Telefone (121) 3774811659	14-Endereço do Paciente 18-Número no CRO 44678	15-Nome do Titular do Plano TATIANE DE ALMEIDA FONSECA
17-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11455233747			18-Endereço do Paciente RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	19-UF RJ	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11455233747			22-Nome do Contratação Especialista RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES			26-UF RJ	27-Número no CRO 44678	28-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
30-Identificação do Procedimento					
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid
1-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36000
2-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	36000
3-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36000
4-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36000
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Fim do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Faturado US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Faturado / 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 realizado(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

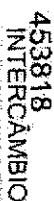
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/01/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/01/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/01/01

53-Data, local e Contato da Empresa
21/01/01

असम, गुवाहाटी, १५ अक्टोबर २०१६

 Zn^{2+} 

Francisco Enríquez de Silva



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/21 4-Data de Autorização 12/10/11/21 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8196025 7-Data Validação da Semeta 11/01/21

453828
INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira 010201253264420000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Entrega DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIOVANA AVAD LIMA DE OLIVEIRA 30/05/1972 14-Idade () 15-Nome do titular do plano GIOVANA AVAD LIMA DE OLIVEIRA

16-Advertimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 RJ 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora OND/CPE 114552333747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 RJ 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 RJ 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dad	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-010	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,410	0,010			11/01/21	2	
2-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,610	0,010			11/01/21	2	
3-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,610	0,010			11/01/21	2	
4-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,610	0,010			11/01/21	2	
5-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,610	0,010			11/01/21	2	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condição 4-Atividade Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Taxa Quantitativa US 47-Taxa Total R\$ 48-Taxa 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												

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-Sign. legal e Assinatura do Encarregado Dentista Sócios 51-Sign. legal e Assinatura do Encarregado Dentista 52-Sign. legal e Assinatura do Encarregado / Responsável 53-Sign. legal e Carimbo da Empresa

Giovana Avad Lima de Oliveira

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 11/4//011//211	4-Data de Autorização 12/6//011//211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 81966029	7-Data Válida da Senha 11/4//014//211
---------------------------	---	---	-----------------------	--	--

453830
INTERCÂMBIO

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

13-Home	14-Telephone
GIOVANA AUAD LIMA DE OLIVEIRA	() - - - - -
30/05/1972	
15-Name do filiado do plano	
GIOVANA AUAD LIMA DE OLIVEIRA	

15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	----------------------------------	--------------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Enviar - RX
1 4 5 5 2 3 3 3 7 4 7	RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	44678	RJ		(I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-ARPE
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		44678	RJ		(I) 81000421-ARPE (I) 81000421- (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos SBC/odontos														
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 Class	42- Assinatura		
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6 1,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6 1,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6 1,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6 1,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
6- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSE		1	1 4,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
7- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
8- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
9- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4,0 0	10,0 0		S	26/01/21				
10- 0 0														
11- 0 0														
12- 0 0														
13- 0 0														
14- 0 0														
15- 0 0														

43- Data Prescrição Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Pagamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

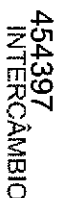
48- Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Diga, local e Assinatura do(a) Gerente/Diretor(a) Solicitante	
51-Diga, local e Assinatura do(a) Gerente/Diretor(a)	
52-Diga, local e Assinatura do(a) Beneficiário / Responsável	
53-Diga, local e Assinatura do(a) Chefe de Empresa	

Guarino. Procura di Milano

2-N



52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/10/12 A1



7391720

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2021	4-Data de Autorização 12/11/2021	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8199084	7-Data Validade da Semeta 11/05/2021	8-Data Validade da Guia 11/05/2021	9-Data Validade da Guia 11/05/2021	10-Data Validade da Guia 11/05/2021	11-Data Validade da Guia 11/05/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 454449 INTERCÂMBIO	
8-Número da Guia 101020215340387000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Telefone ()	12-Nome do titular do plano CLAUDIA MARQUES DA SILVA	13-Nome CLAUDIA MARQUES DA SILVA	14-Data de Nascimento 30/05/1975	15-Data de Emissão da Guia 11/05/2021	16-Data de Autorização 12/11/2021	17-Data de Emissão da Guia 11/05/2021	18-Data de Autorização 12/11/2021	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1145512333747111	22-Nome do Contratado Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa	26-Nome do Profissional Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-00081000065 2-00085300047 3-00085300047 4-00085300047 5-00085300047 6-00085300047 7-00085300047 8-00085300047 9-00085300047 10-00085300047 11-00085300047 12-00085300047 13-00085300047 14-00085300047 15-00085300047	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	33-Dente/Região 1-1 2-1 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	34-Fase 1-1 2-1 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	35-Qtd 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	36-Quantidade US 34,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00 36,00	37-Valor 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	39-Data 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021	40-Data de Realização 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021	41-Molho da Gloriosa 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	42-Assinatura 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021 12/11/2021
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/2021	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 R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	50-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	51-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	52-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	53-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

43-Observação

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, compreendendo-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), (re)foram realizado(s) com meu consentimento e da 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

12/11/2021

impress

742515

Odontolife

Instituição de Ensino Superior

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

455707
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11	4-Data de Autorização 12/05/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203982	7-Data Validade da Senha 11/08/11							
8-Número da Carteira 0102025110220300015001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/08/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JULIENE FERREIRA DA SILVA SOARES	09/02/1966	14-Telefone (21) 1257610396	15-Nome do titular do plano JULIENE FERREIRA DA SILVA SOARES									
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 114552333747	22-Nome do Contratado Exatidão RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Exatidão RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CRO S									
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método em Classe	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		125/01/12			Juliane
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		125/01/12			Juliane
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		125/01/12			Juliane
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		125/01/12			Juliane
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		125/01/12			Juliane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Provisão Termino de 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	47-Valor Total R\$	48-Total Franchising / Co-participação R\$	
125/01/12									1178,00	10,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
125/01/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
125/01/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
125/01/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
125/01/12

Juliane Soares

742545



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}



1-Rolê ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8204448	7-Data Validade da Guia 11/04/21
----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

455824
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020202510220300015001	9-Pelo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome JULIENE FERREIRA DA SILVA SOARES	09/02/1966	14-Telefone (21) 2576-0396	15-Nome do titular do plano JULIENE FERREIRA DA SILVA SOARES
---	------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-LUF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	--------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14552333747	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-LUF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
--	--	---------------------------	--------------	--

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-LUF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	--------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Beglio	34-Faixa	35-Did	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6100	0,00	25,01	21			Juliane
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMID		1	1400	0,00	25,01	21			Juliane
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$
11/11/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	175,00	10,00	

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 25/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21
---	---	---	---

Juliane Soares



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1- Roteiro ANS 408414 3-Dia de Emissão do Guia 12/11/01 12/21 4-Data de Autização 12/5/01 11/21 5-Sema CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 8223175 7-Data Validade da Sema 12/11/04 11/21

459878
INTERCÂMBIO

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

13-Nome MAIRA DOS SANTOS CHAGAS 14-Telêfone 23/12/2008 15-Nome do titular do plano CLAUDIA MARQUES DA SILVA

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11455233747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
15-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										

43-Data de Emissão do Guia 12/11/01 12/21 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 140,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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, compreendendo-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 25/10/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º ANO



461296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 25/10/11 21		4-Data de Autorização 25/10/11 21		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8229874		7-Data Validade de Será 25/10/11 21	
8-Número da Carteira 01020253316010000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data Validade de Será 25/10/11 21	
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano LAURICI DE OLIVEIRA CARMO											
16-Atendimento a PR RAFAELA ARAUJO RODRIGUES											
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES											
18-Número no CRO 44678											
19-UF RJ											
20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114552333747											
22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES											
23-Número no CRO 44678											
24-UF RJ											
25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-											
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES											
27-Número no CRO 44678											
28-UF RJ											
29-Código CBO S											
30-UF RJ											
31-Franquia/Co-participação R\$											
32-Aut 40-Data de Realização											
41-Motivo do CBO 42-Assinatura											
33-Data de Tratamento / Procedimento / Descrição											
34-Face											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Data de Realização											
41-Motivo do CBO 42-Assinatura											
43-Data de Tratamento / Procedimento / Descrição											
44-Face											
45-Qtd											
46-Quantidade US											
47-Valor											
48-Franquia/Co-participação R\$											
49-Observação											

49-Observação

43-Data de Tratamento / Procedimento / Descrição

44-Face

45-Qtd

46-Quantidade US

47-Valor

48-Franquia/Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

LAURICI DE OLIVEIRA CARMO