

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/5/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8111269	7-Data Validação da Senha 10/2/11 03/12/11	432887 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00020253403380000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ HENRIQUE BARBOSA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano CHEILA PIERUCCINI						

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113161301764717011						
22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE						
25-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE						
26-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
27-Data de Realização						
28-UF RJ						
29-Código CBO S 42544						
30-Código CBO S 42544						
31-UF RJ						
32-Código CNES 42544						
33-UF RJ						
34-UF RJ						
35-UF RJ						
36-UF RJ						
37-UF RJ						
38-UF RJ						
39-UF RJ						
40-UF RJ						
41-UF RJ						
42-UF RJ						
43-UF RJ						
44-UF RJ						
45-UF RJ						
46-UF RJ						
47-UF RJ						
48-UF RJ						
49-UF RJ						
50-UF RJ						
51-UF RJ						
52-UF RJ						
53-UF RJ						
54-UF RJ						
55-UF RJ						
56-UF RJ						
57-UF RJ						
58-UF RJ						
59-UF RJ						
60-UF RJ						
61-UF RJ						
62-UF RJ						
63-UF RJ						
64-UF RJ						
65-UF RJ						
66-UF RJ						
67-UF RJ						
68-UF RJ						
69-UF RJ						
70-UF RJ						
71-UF RJ						
72-UF RJ						
73-UF RJ						
74-UF RJ						
75-UF RJ						
76-UF RJ						
77-UF RJ						
78-UF RJ						
79-UF RJ						
80-UF RJ						
81-UF RJ						
82-UF RJ						
83-UF RJ						
84-UF RJ						
85-UF RJ						
86-UF RJ						
87-UF RJ						
88-UF RJ						
89-UF RJ						
90-UF RJ						
91-UF RJ						
92-UF RJ						
93-UF RJ						
94-UF RJ						
95-UF RJ						
96-UF RJ						
97-UF RJ						
98-UF RJ						
99-UF RJ						
00-UF RJ						

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010108110100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASE	1	1	1	34,00	0,00	0,00	15/11/12	12/10/11	15/11/12
2-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12/10/11	15/11/12
3-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12/10/11	15/11/12
4-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12/10/11	15/11/12
5-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12/10/11	15/11/12
6-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-010108153100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total RS											
48-Total Franquia / Co-participação RS											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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 11/5/11 21/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/5/11 21/12/10
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	
00-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 21/12/10	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/5/11 21/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/5/11 21/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11 21/12/10



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. No

432898 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 3 / 2 1	
6-Número da Guia Principal 8111308		11-Data Validade da Carteira / /	
5-Senha AUTORIZADO		12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
4-Data de Autorização 1 5 / 1 2 / 2 0		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 1 2 / 2 0		15-Nome do titular do plano CHEILA PIERUCCINI	
1-Registro ANS 406414		9-Plano POS REDE PRESTADORA	
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 0 3 8 0 0 0 0 1 0 1		14-Teléfono ()	
13-Name CHEILA PIERUCCINI		09/07/1972	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		RAMAYANA HERINGER LAGE							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		11316307164717101111							
22-Nome do Contratado Executante		RAMAYANA HERINGER LAGE							
26-Nome do Profissional Executante		RAMAYANA HERINGER LAGE							
18-Número no CRO		42544							
19-UF		RJ							
20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa							
23-Número no CRO		42544							
24-UF		RJ							
25-Código CNES									
27-Número no CRO		42544							
28-UF		RJ							
29-Código CBO S									

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor		
1 - 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00	S/15/11/12/1210	<i>[Assinatura]</i>
2 - 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00	S/15/11/12/1210	<i>[Assinatura]</i>
3 - 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00	S/15/11/12/1210	<i>[Assinatura]</i>
4 - 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00	S/15/11/12/1210	<i>[Assinatura]</i>
5 - 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00	S/15/11/12/1210	<i>[Assinatura]</i>
6 -								/ / / / / / / / / /	
7 -								/ / / / / / / / / /	
8 -								/ / / / / / / / / /	
9 -								/ / / / / / / / / /	
10 -								/ / / / / / / / / /	
11 -								/ / / / / / / / / /	
12 -								/ / / / / / / / / /	
13 -								/ / / / / / / / / /	
14 -								/ / / / / / / / / /	

[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) 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 devido(s) ao(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), desde que os valores não sejam cobrados em outro documento assinado por mim.

45-Observação	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/2011 <i>Rafael</i> CRO RJ 22554	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2011 <i>Adm</i>	53-Data local e Caimento da Empresa 11/12/2011 CNPJ 00.538.730-00 Grupo Setiso Odonto	Rio das Ostras Odonto
---------------	--	---	---	-----------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

432917
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serina
0 2 / 0 3 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
8111402

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 5 / 1 2 / 1 2 0 1

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

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 1 2 0 2 5 3 4 0 3 3 8 0 0 0 0 1 0 3

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
() - - - - -

13-Nome
JULLIA PIERUCCINI BARBOSA DE OLIVEIRA

11/06/2011

15-Nome do titular do plano
CHEILA PIERUCCINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAMAYANA HERINGER LAGE

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 3 1 6 1 3 0 7 1 6 1 4 7 7 0

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO
42544

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Número no CRO
42544

28-UF
RJ

29-Código CBO S

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

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ / / / / /

44-Tipo de Atendimento
1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1 - Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3 4 1 0 1 0

47-Valor Total RS
1 0 1 0 1 0

48-Total Franquia / Co-participação RS
/ / / / / /

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados; aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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
1 1 5 1 / 1 2 / 1 2 0 1 CRO RJ 42544

51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista
1 1 5 1 / 1 2 / 1 2 0 1 CRO RJ 42544

52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
1 1 5 1 / 1 2 / 1 2 0 1 Cheila Pieruccini

53-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
1 1 5 1 / 1 2 / 1 2 0 1

54-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
1 1 5 1 / 1 2 / 1 2 0 1

55-Data local e Assinatura do Profissional Assistente
1 1 5 1 / 1 2 / 1 2 0 1

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17



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, compreendendo-me a cumprir as obrigações de arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) (to/ramos) 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 fixados no contrato realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observations

Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11	Rio das Ostras 62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  Renato de Almeida 11/12/11 12/12/11
---	--	---	---	---	---	---	---

