



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2019	4-Data de Autorização 16/01/2019	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859827	7-Data Validade da Semeta 10/01/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

372919
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021251910310101010101	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-Nome ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA
--

22/09/1982

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE
--------------------------	---

18-Número no CRO 42544

19-UF RJ

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora CNPJ / CPF 11361307647770	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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	85100196 RESTAURAÇÃO RESINA	14	01	16	11010	01010	51161015112101				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Agendamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 611010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	---	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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 11/01/2019/1201 CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2019/1201 CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2019/1201 Isabela de O. Pimenta	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2019/1201 CNPJ - 32423312/0001-1
--	--	---	---

Ostias Odonto



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º NF



342815
INTERCÂMBIO

3-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 12:01	4-Data de Autorização 12/11/07 12:01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177930	7-Data Vencimento da Semeta 19/11/07 12:01
------------------------	---	---	------------------------	--	---

8-Número da Carteira 01031700010102821751810	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702003395489885
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome RICARDO FERREIRA LIMA DE SOUZA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANI DE SOUZA VIEIRA LIMA
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affiliamento a AN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código no Operadora / CNU / CNU 13630764770	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400556-14
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-Ordem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Dit	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85400556-14	RESTAURAÇÃO METÁLICA	14	1	472,00	0,00	516,00	12/11/07			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Convencional 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Implante/Endoprótese	45-Tipo de Fractamento 1 Total 2 Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa 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, aceita e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições de pagamento e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data Local e Assinatura do Contratado Responsável 11/11/07 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	51-Data Local e Assinatura do Contratado Responsável 11/11/07 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	52-Data Local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/11/07 RICARDO FERREIRA LIMA DE SOUZA CRO RJ 42544	53-Data Local e Assinatura do Profissional Executante 11/11/07 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544
--	--	--	---

54-Data Local e Assinatura do Profissional Solicitante
11/11/07
RICARDO FERREIRA LIMA DE SOUZA
CNPJ - 3242372/0001-11



RICARDO FERREIRA LIMA DE

Data Nasc.: 28/12/1976

Data Ex.: 16/09/2020

Dentista: RAMAYANA HERINGER LAGE - PADRÃO ODO

Nº O.S.: 19496

Idade: 43a.8m.

