



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

418747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8052480	7-Data Validade da Senha 11/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531842100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VYCTORIA SILVA GOMES		14-Telefone 29/12/2000 () -	15-Nome do titular do plano RENATA ALVES DE SOUZA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDRIANO BENEDITO LIMA	18-Número no CRO 6266	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59725346149	22-Nome do Contratado Executante EDRIANO BENEDITO LIMA	23-Número no CRO 6266	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EDRIANO BENEDITO LIMA		27-Número no CRO 6266	28-UF DF	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 7-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20 Edriano B. Lima Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial CRO-DF 6266 IE 1488	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20 Edriano B. Lima Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial CRO-DF 6266 IE 1488	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 Renata Alves de Souza Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20
--	--	---	---



418761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 7 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8052482	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 8 4 2 1 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VYCTORIA SILVA GOMES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RENATA ALVES DE SOUZA SILVA
---------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDRIANO BENEDITO LIMA	18-Número no CRO 6266	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 9 7 2 5 3 4 6 1 4 9	22-Nome do Contratado Executante EDRIANO BENEDITO LIMA	23-Número no CRO 6266	24-UF DF	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante EDRIANO BENEDITO LIMA	27-Número no CRO 6266	28-UF DF	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

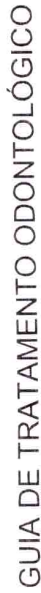
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1,00	0,00		S	14/12/20		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1,00	0,00		S	14/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	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 1 2 2,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20 Dr. Edriano B. Lima CRO-DF 6268 IE 1488	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 14/12/20 Dr. Edriano B. Lima CRO-DF 6268 IE 1488	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20
---	--	---	---

420876
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Numero da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 2 3 8 1 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _ / _ / _		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
Colaborador YASMIN MOREIRA DA SILVA		20/06/2014		14-Telefone (_) _ _ _ _ _		15-Nome do titular do plano FABIANA MELO BEZERRA DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 -		Faturar Empresa			
N		17-Nome do Profissional Solicitante EDIRIANO BENEDITO LIMA								19-UF DF		20-Código CBO S			
16-Abandono a RN		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15 9 7 2 5 3 4 6 1 4 9								23-Número no CRO 6266		24-UF DF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excusante EDIRIANO BENEDITO LIMA		22-Nome do Contratado Excusante EDIRIANO BENEDITO LIMA								27-Número no CRO 6266		28-UF DF		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glisa 42-Assinatura	
30-Tabula	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 Glisa 42-Assinatura				
1- 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S 15/12/20		x glisa				
2- 0 0 8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 0 0		0 0 0	S 15/12/20		x glisa				
3- - - - - - - - - -															
4- - - - - - - - - -															
5- - - - - - - - - -															
6- - - - - - - - - -															
7- - - - - - - - - -															
8- - - - - - - - - -															
9- - - - - - - - - -															
10- - - - - - - - - -															
11- - - - - - - - - -															
12- - - - - - - - - -															
13- - - - - - - - - -															
14- - - - - - - - - -															
15- - - - - - - - - -															

43-Data Prescrição 44-Tipo de Atendimento

45-Total Quantidade US

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total 2-Parcial

49-Total 2-Parcial

15/11/2020 14:00

1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1 - Total: 2,75

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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham realizado(s) ou não, por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores previstos em contrato, e não os custos reais, caso contrário, não me responsabilizo, nem arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista responsável	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-pediatra	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimbo da Empresa		
15/11/11 Foz de Iguaçu, Paraná Dr. Fábio B. Lima Ortopedia Facial	15/11/11 Foz de Iguaçu, Paraná Dr. Fábio B. Lima Ortopedia Facial	15/11/11 Foz de Iguaçu, Paraná Dr. Fábio B. Lima Ortopedia Facial	15/11/11 Foz de Iguaçu, Paraná Dr. Fábio B. Lima Ortopedia Facial		