

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



287169
INTERCAMBIO

1. Registro ANS
406414

3. Data de Emissão da Guia
11/10/2012

4. Data de Autorização
11/10/2012

5. Semina
AUTORIZADO

6. Número da Guia Principal
50151988

7. Data Validade da Semina
11/10/2015

Dados do Beneficiário

8. Plano
POS REDE PRESTADORA

9. Plano
POS REDE PRESTADORA

10. Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11. Data Validade da Carteira
11/10/2015

12. Número do Cartão Nacional de Saúde
702608257928944

13. Nome
CARLOS HENRIQUE AVELINO VEIGA

14. Telefone
(11) 11111111

15. Nome do titular do plano
CARLOS HENRIQUE AVELINO VEIGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RV
RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

18. Número no CRO
39792

19. UF
RJ

20. Código CBO S
801 -

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF
RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

22. Nome do Contratado Executante
RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

23. Número no CRO
39792

24. UF
RJ

25. Código CNES
Faturar Empresa

26. Nome do Profissional Executante
RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

27. Número no CRO
39792

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. Quid	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Molho da Guia	42. Assinatura
1.	00	811000065				1	34,00					
2.	00	85300047				1	36,00					
3.	00	85300047				1	36,00					
4.	00	85300047				1	36,00					
5.	00	85300047				1	36,00					
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43. Data Previsto Término do Tratamento

44. Tipo de Atendimento

1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Odontia 4. Urgência/Emergência

45. Tipo de Faturamento

1. Total 2. Parcial

46. Total Quantidade US

47. Valor Total R\$

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 Assinatura da Empresa

Dra. Raquel Werczler
Ortodontista

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgia Dentista

Período de Competência: MARCO/2020

CRO: 39792/RJ

Cirurgião Dentista: (15219) - RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
267049 - I	JULIA CENTENA DE FIGUEIREDO (00379994062033325)		07/01/2020	68	0.4	R\$ 27,20
287169 - I	CARLOS HENRIQUE AVELINO VEIGA (00379994063230833)		12/02/2020	178	0.4	R\$ 71,20
289360 - I	MARILENA NUNES ANTUNES (00379994063216806)		17/02/2020	178	0.4	R\$ 71,20
297962 - I	ROMAINI MENEZES BEZERRA (00379994061811359)		09/03/2020	178	0.4	R\$ 71,20
297967 - I	STELLA SILVA DIAS (00379994063856732)		09/03/2020	178	0.4	R\$ 71,20
298577 - I	PEDRO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIV (00370000023199604)		09/03/2020	178	0.4	R\$ 71,20

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 958
Nº de atendimentos: 6
Valor: R\$ 383,20

Totalizador

Nº de USOs: 958
Nº de atendimentos: 6
Valor: R\$ 383,20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª



1 Registro ANS 406414 3 Data de Emissão da Guia 17/10/2012 4 Data de Autorização 17/10/2012 5 Sembr Autorizado 12/05/1940 6 Número da Guia Principal 50153135 7 Data Validade da Sembr 17/10/2012 289360 INTERCAMBIO

8 Número da Carteira

10 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 2 1 6 8 0 6

9 Plano POS REDE PRESTADORA

10 Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11 Data Validade da Carteira

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome MARILENA NUNES ANTUNES

14 Telefone

15 Nome do titular do plano MARILENA NUNES ANTUNES

16 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 Nome do Profissional Solicitante RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

18 Número no CRO 39792

19 UF RJ

20 Código CBO S

21 UF RJ

22 UF RJ

23 UF RJ

24 UF RJ

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF

1 2 8 5 6 3 5 9 7 3 6

22 Nome do Contratado Executante RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

23 Número no CRO 39792

24 UF RJ

25 Código CNES

26 Nome do Profissional Executante RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

27 Número no CRO 39792

28 UF RJ

29 Código CBO S

30 Tabela

31 Código do Procedimento

32 Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33 Dentifregião

34 Face

35 Qtd

36 Quantidade US

37 Valor

38 Franquia/Co-participação R\$

39 Aut

40 Data de Realização

41 Motivo da Guia

42 Assinatura

1 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

2 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

3 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

4 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

5 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

6 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

7 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

8 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

9 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

10 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

11 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

12 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

13 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

14 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

15 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

16 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

17 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

18 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

19 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

20 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

21 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

22 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

23 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

24 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

25 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

26 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

27 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

28 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

29 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

30 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

31 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

32 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

33 Data, local e Assinatura do Profissional

34 Data, local e Assinatura do Profissional

35 Data, local e Assinatura do Profissional

36 Data, local e Assinatura do Profissional

37 Data, local e Assinatura do Profissional

38 Data, local e Assinatura do Profissional

39 Data, local e Assinatura do Profissional

40 Data, local e Assinatura do Profissional

41 Data, local e Assinatura do Profissional

42 Data, local e Assinatura do Profissional

43 Data, local e Assinatura do Profissional

44 Data, local e Assinatura do Profissional

45 Data, local e Assinatura do Profissional

46 Data, local e Assinatura do Profissional

47 Data, local e Assinatura do Profissional

48 Data, local e Assinatura do Profissional

49 Data, local e Assinatura do Profissional

50 Data, local e Assinatura do Profissional

51 Data, local e Assinatura do Profissional

52 Data, local e Assinatura do Profissional

53 Data, local e Assinatura do Profissional

54 Data, local e Assinatura do Profissional

55 Data, local e Assinatura do Profissional

56 Data, local e Assinatura do Profissional

57 Data, local e Assinatura do Profissional

58 Data, local e Assinatura do Profissional

59 Data, local e Assinatura do Profissional

60 Data, local e Assinatura do Profissional

61 Data, local e Assinatura do Profissional

62 Data, local e Assinatura do Profissional

63 Data, local e Assinatura do Profissional

64 Data, local e Assinatura do Profissional

65 Data, local e Assinatura do Profissional

66 Data, local e Assinatura do Profissional

67 Data, local e Assinatura do Profissional

68 Data, local e Assinatura do Profissional

69 Data, local e Assinatura do Profissional

70 Data, local e Assinatura do Profissional

71 Data, local e Assinatura do Profissional

72 Data, local e Assinatura do Profissional

73 Data, local e Assinatura do Profissional

74 Data, local e Assinatura do Profissional

75 Data, local e Assinatura do Profissional

76 Data, local e Assinatura do Profissional

77 Data, local e Assinatura do Profissional

78 Data, local e Assinatura do Profissional

79 Data, local e Assinatura do Profissional

80 Data, local e Assinatura do Profissional

81 Data, local e Assinatura do Profissional

82 Data, local e Assinatura do Profissional

83 Data, local e Assinatura do Profissional

84 Data, local e Assinatura do Profissional

85 Data, local e Assinatura do Profissional

86 Data, local e Assinatura do Profissional

87 Data, local e Assinatura do Profissional

88 Data, local e Assinatura do Profissional

89 Data, local e Assinatura do Profissional

90 Data, local e Assinatura do Profissional

91 Data, local e Assinatura do Profissional

92 Data, local e Assinatura do Profissional

93 Data, local e Assinatura do Profissional

94 Data, local e Assinatura do Profissional

95 Data, local e Assinatura do Profissional

96 Data, local e Assinatura do Profissional

97 Data, local e Assinatura do Profissional

98 Data, local e Assinatura do Profissional

99 Data, local e Assinatura do Profissional

100 Data, local e Assinatura do Profissional

101 Data, local e Assinatura do Profissional

102 Data, local e Assinatura do Profissional

103 Data, local e Assinatura do Profissional

104 Data, local e Assinatura do Profissional

105 Data, local e Assinatura do Profissional

106 Data, local e Assinatura do Profissional

107 Data, local e Assinatura do Profissional

108 Data, local e Assinatura do Profissional

109 Data, local e Assinatura do Profissional

110 Data, local e Assinatura do Profissional

111 Data, local e Assinatura do Profissional

112 Data, local e Assinatura do Profissional

113 Data, local e Assinatura do Profissional

114 Data, local e Assinatura do Profissional

115 Data, local e Assinatura do Profissional

116 Data, local e Assinatura do Profissional

117 Data, local e Assinatura do Profissional

118 Data, local e Assinatura do Profissional

119 Data, local e Assinatura do Profissional

120 Data, local e Assinatura do Profissional

121 Data, local e Assinatura do Profissional

122 Data, local e Assinatura do Profissional

123 Data, local e Assinatura do Profissional

124 Data, local e Assinatura do Profissional

125 Data, local e Assinatura do Profissional

126 Data, local e Assinatura do Profissional

127 Data, local e Assinatura do Profissional

128 Data, local e Assinatura do Profissional

129 Data, local e Assinatura do Profissional

130 Data, local e Assinatura do Profissional

131 Data, local e Assinatura do Profissional

132 Data, local e Assinatura do Profissional

133 Data, local e Assinatura do Profissional

134 Data, local e Assinatura do Profissional

135 Data, local e Assinatura do Profissional

136 Data, local e Assinatura do Profissional

137 Data, local e Assinatura do Profissional

138 Data, local e Assinatura do Profissional

139 Data, local e Assinatura do Profissional

140 Data, local e Assinatura do Profissional

141 Data, local e Assinatura do Profissional

142 Data, local e Assinatura do Profissional

143 Data, local e Assinatura do Profissional

144 Data, local e Assinatura do Profissional

145 Data, local e Assinatura do Profissional

146 Data, local e Assinatura do Profissional

147 Data, local e Assinatura do Profissional

148 Data, local e Assinatura do Profissional

149 Data, local e Assinatura do Profissional

150 Data, local e Assinatura do Profissional

151 Data, local e Assinatura do Profissional

152 Data, local e Assinatura do Profissional

153 Data, local e Assinatura do Profissional

154 Data, local e Assinatura do Profissional

155 Data, local e Assinatura do Profissional

156 Data, local e Assinatura do Profissional

157 Data, local e Assinatura do Profissional

158 Data, local e Assinatura do Profissional

159 Data, local e Assinatura do Profissional

160 Data, local e Assinatura do Profissional

161 Data, local e Assinatura do Profissional

162 Data, local e Assinatura do Profissional

163 Data, local e Assinatura do Profissional

164 Data, local e Assinatura do Profissional

165 Data, local e Assinatura do Profissional

166 Data, local e Assinatura do Profissional

167 Data, local e Assinatura do Profissional

168 Data, local e Assinatura do Profissional

169 Data, local e Assinatura do Profissional

170 Data, local e Assinatura do Profissional

171 Data, local e Assinatura do Profissional

172 Data, local e Assinatura do Profissional

173 Data, local e Assinatura do Profissional

174 Data, local e Assinatura do Profissional

175 Data, local e Assinatura do Profissional

176 Data, local e Assinatura do Profissional

177 Data, local e Assinatura do Profissional

178 Data, local e Assinatura do Profissional

179 Data, local e Assinatura do Profissional

180 Data, local e Assinatura do Profissional

181 Data, local e Assinatura do Profissional

182 Data, local e Assinatura do Profissional

183 Data, local e Assinatura do Profissional

184 Data, local e Assinatura do Profissional

185 Data, local e Assinatura do Profissional

186 Data, local e Assinatura do Profissional

187 Data, local e Assinatura do Profissional

188 Data, local e Assinatura do Profissional

189 Data, local e Assinatura do Profissional

190 Data, local e Assinatura do Profissional

191 Data, local e Assinatura do Profissional

192 Data, local e Assinatura do Profissional

193 Data, local e Assinatura do Profissional

194 Data, local e Assinatura do Profissional

195 Data, local e Assinatura do Profissional

196 Data, local e Assinatura do Profissional

197 Data, local e Assinatura do Profissional

198 Data, local e Assinatura do Profissional

199 Data, local e Assinatura do Profissional

200 Data, local e Assinatura do Profissional

201 Data, local e Assinatura do Profissional

202 Data, local e Assinatura do Profissional

203 Data, local e Assinatura do Profissional

204 Data, local e Assinatura do Profissional

205 Data, local e Assinatura do Profissional

2-N-2



297962
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

[illegible]

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 GCS	42- Assinatura		
1	0 0	8 1 1 0 0 0 10 6 5			1	13 4	10 10		5	1 1 1 1 0 3	2 10			
2	0 0	8 1 5 3 0 0 10 4 7			1	13 6	10 10		5	1 1 1 1 0 3	2 10			
3	0 0	8 5 3 0 0 10 4 7			1	13 6	10 10		5	1 1 1 1 0 3	2 10			
4	0 0	8 1 5 3 0 0 10 4 7			1	13 6	10 10		5	1 1 1 1 0 3	2 10			
5	0 0	8 5 3 0 0 10 4 7			1	13 6	10 10		5	1 1 1 1 0 3	2 10			
6						13 6	10 10		5	1 1 1 1 0 3	2 10			
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 Franquia / Co-participação R\$

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

1 7 8 10 10

0 10 10

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

Assinatura do Paciente

40 Open spaces

S0-Dia, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
S1-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	11/10/2010 Autocrato
S2-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/10/2010 a Romani Nunes D
S3-Dia, local e Cambo da Empresa	

Dra. Raquel Wenzler

Orthodontists

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

2-N¹

INIERCAMBIO

RAQUEL WERCZLER QUEIROZ



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 09/10/2012 4-Dia de Autorizado 10/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Numero de Guia Principal 50157384 7-Dia Validade da Senha 07/10/2012

298577
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero de Carteira 01013710101010231199604 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 701801248202274

13-Nome

PEDRO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIV 20/09/2001 14-Idade 15-Nome do titular do plano GILSON CARVALHO DE OLIVEIRA JU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES 18-Numero no CRO 39792 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Exarante RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES 23-Numero no CRO 39792 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S

25-Nome do Profissional Exarante

RAQUEL WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO MENDES

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Medico da Oclusão	42-Assinatura
1-0101811010101065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,00					
2-010185310101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,00					
3-010185310101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,00					
4-010185310101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,00					
5-010185310101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,00					
6-010185310101047												
7-010185310101047												
8-010185310101047												
9-010185310101047												
10-010185310101047												
11-010185310101047												
12-010185310101047												
13-010185310101047												
14-010185310101047												
15-010185310101047												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Valor Total US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	117,8	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), (foram realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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