



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394640
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Guia

11/10/11/12/11

6-Número da Guia Principal

7953143

5-Senha

AUTORIZADO

4-Data de Autorização

15/11/10/12/10

3-Data de Emissão da Guia

13/11/10/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0101201253268640000101011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

13-Nome

ANGELO GUERREIRO BARCELO

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11/11/11

15-Nome do titular do plano

ANGELO GUERREIRO BARCELO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone

19-UF

RJ

20-Código CBO S

42544

23-Número no CRO

42544

24-UF

RJ

25-Código ONES

42544

26-Nome do Profissional Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Número no CRO

42544

28-UF

RJ

29-Código CBO S

42544

30-Quantidade US

34

31-Valor

0,00

32-Data de Realização

15/11/10/12/10

33-Aut

S

34-Motivo da Realização

42-Assinatura

35-Data, local e Carimbo da Empresa

15/11/10/12/10

36-Valor Total RS

0,00

37-Valor Total RS

0,00

38-Valor Total RS

0,00

39-Valor Total RS

0,00

40-Valor Total RS

0,00

41-Valor Total RS

0,00

42-Valor Total RS

0,00

43-Valor Total RS

0,00

44-Valor Total RS

0,00

45-Valor Total RS

0,00

46-Valor Total RS

0,00

47-Valor Total RS

0,00

48-Valor Total RS

0,00

49-Valor Total RS

0,00

50-Valor Total RS

0,00

51-Valor Total RS

0,00

52-Valor Total RS

0,00

53-Valor Total RS

0,00

54-Valor Total RS

0,00

55-Valor Total RS

0,00

56-Valor Total RS

0,00

57-Valor Total RS

0,00

58-Valor Total RS

0,00

59-Valor Total RS

0,00

60-Valor Total RS

0,00

61-Valor Total RS

0,00

62-Valor Total RS

0,00

63-Valor Total RS

0,00

64-Valor Total RS

0,00

65-Valor Total RS

0,00

66-Valor Total RS

0,00

67-Valor Total RS

0,00

68-Valor Total RS

0,00

69-Valor Total RS

0,00

70-Valor Total RS

0,00

71-Valor Total RS

0,00

72-Valor Total RS

0,00

73-Valor Total RS

0,00

74-Valor Total RS

0,00

75-Valor Total RS

0,00

76-Valor Total RS

0,00

77-Valor Total RS

0,00

78-Valor Total RS

0,00

79-Valor Total RS

0,00

80-Valor Total RS

0,00

81-Valor Total RS

0,00

82-Valor Total RS

0,00

83-Valor Total RS

0,00

84-Valor Total RS

0,00

85-Valor Total RS

0,00

86-Valor Total RS

0,00

87-Valor Total RS

0,00

88-Valor Total RS

0,00

89-Valor Total RS

0,00

90-Valor Total RS

0,00

91-Valor Total RS

0,00

92-Valor Total RS

0,00

93-Valor Total RS

0,00

94-Valor Total RS

0,00

95-Valor Total RS

0,00

96-Valor Total RS

0,00

97-Valor Total RS

0,00

98-Valor Total RS

0,00

99-Valor Total RS

0,00

100-Valor Total RS

0,00

101-Valor Total RS

0,00

102-Valor Total RS

0,00

103-Valor Total RS

0,00

104-Valor Total RS

0,00

105-Valor Total RS

0,00

106-Valor Total RS

0,00

107-Valor Total RS

0,00

108-Valor Total RS

0,00

109-Valor Total RS

0,00

110-Valor Total RS

0,00

111-Valor Total RS

0,00

112-Valor Total RS

0,00

113-Valor Total RS

0,00

114-Valor Total RS

0,00

115-Valor Total RS

0,00

116-Valor Total RS

0,00

117-Valor Total RS

0,00

118-Valor Total RS

0,00

119-Valor Total RS

0,00

120-Valor Total RS

0,00

121-Valor Total RS

0,00

122-Valor Total RS

0,00

123-Valor Total RS

0,00

124-Valor Total RS

0,00

125-Valor Total RS

0,00

126-Valor Total RS

0,00

127-Valor Total RS

0,00

128-Valor Total RS

0,00

129-Valor Total RS

0,00

130-Valor Total RS

0,00

131-Valor Total RS

0,00

132-Valor Total RS

0,00

133-Valor Total RS

0,00

134-Valor Total RS

0,00

135-Valor Total RS

0,00

136-Valor Total RS

0,00

137-Valor Total RS

0,00

138-Valor Total RS

0,00

139-Valor Total RS

0,00

140-Valor Total RS

0,00

141-Valor Total RS

0,00

142-Valor Total RS

0,00

143-Valor Total RS

0,00

144-Valor Total RS

0,00

145-Valor Total RS

0,00

146-Valor Total RS

0,00

147-Valor Total RS

0,00

148-Valor Total RS

0,00

149-Valor Total RS

0,00

150-Valor Total RS

0,00

151-Valor Total RS

0,00

152-Valor Total RS

0,00

153-Valor Total RS

0,00

154-Valor Total RS

0,00

155-Valor Total RS

0,00

156-Valor Total RS

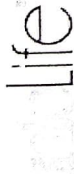
0,00

157-Valor Total RS

0,00

158-Valor Total RS

0,00



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



394642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/11 10/12/10	4-Data de Autorização 11/15/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7953144	7-Data Validade da Senha 11/11/11 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000210125326186400000101012					
13-Nome DAISY VIEIRA GUERREIRO BARCELO					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11					
15-Nome do titular do plano ANGELO GUERREIRO BARCELO					
14-Teléfono () - - - - -					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1136131017164770					
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					
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					

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/12/11	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 11781010	47-Valor Total RS 0101010	48-Total Franquia / Co-participação RS
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura 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.					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/15/11 10/12/10 Daisy V. G. Barcelo					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/15/11 10/12/10 Rio das Ostras Odonto					
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					
100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/15/11 10/12/10 Ramayana Heringer Lage					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Z-Nº

394711
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/10/11/21

6-Número da Guia Principal
50198577

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/11/2012

3-Data de Emissão da Guia
13/11/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100379994065138659

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CONAUT CONTROLES A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
705801440725835

13-Nome

GLEICIMAR VIEIRA DE ABREU AZEV

17/01/1966

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LEONAM CRUZ DE AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO
42544

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
136130764770

22-Nome do Contratado Exercente
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO
42544

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exercente
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-Assinatura
1-0101811000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				15/11/10	1201	
2-0101815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				15/11/10	1201	
3-0101815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				15/11/10	1201	
4-0101815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				15/11/10	1201	
5-0101815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				15/11/10	1201	
6-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
7-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
8-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
9-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
10-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
11-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
12-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
13-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
14-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	
15-0101815300047	1				1					15/11/10	1201	

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
11/11/11	1: Tratamento Odontológico	1: Total 2-Parcial	1178,00	0,00	0,00

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. Decido, 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
14/5/11 01/01/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/5/11 01/01/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/5/11 01/01/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/5/11 01/01/2011

Ostras Odont

CNPJ - 32423720001-1

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/11 10/12/01	4-Data de Autorização 11/13/11 10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198578	7-Data Validade da Senha 11/11/01 11/21/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0003171999401651381608	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
10-Empresa CONAUT CONTROLES A					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705602462244719					

13-Nome LEONAM CRUZ DE AZEVEDO					
14-Telefone (11) 1111111111					
15-Nome do titular do plano LEONAM CRUZ DE AZEVEDO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE				
18-Número no CRO 42544					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113163071647701111					
22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE					
23-Número no CRO 42544					
24-UF RJ					
25-Código ONES					
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-T-Atua	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nº de Assinatura
1	00181001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	15/11/10	1201
2	00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	15/11/10	1201
3	00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	15/11/10	1201
4	00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	15/11/10	1201
5	00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	15/11/10	1201
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 1178,00	47-Valor Total RS 1110,00	48-Total Franchia / Co-participação RS 1110,00
--	---	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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) 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 11/15/11 10/12/01 Ramayana Heringer Lage	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/15/11 10/12/01 Ramayana Heringer Lage	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/15/11 10/12/01 Leonam Cruz de Azevedo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/15/11 10/12/01 Rio das Ostras Odontol. CNPJ - 3242337210001-1
---	---	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

394783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/10 12 01	4-Data de Autorização 15/11/10 12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7953664	7-Data Validade da Senha 11/10/11 12 11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202532604800000101	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 ANTONIO CARLOS GOMES BERNARDO					
14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS GOMES BERNARDO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		18-Número no CRO 42544		19-UF RJ		20-Código CBO S		21-Código CNES		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Número no CRO 42544		24-UF RJ		25-Código CBO S		26-UF RJ		27-Número no CRO 42544		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ		31-Código CBO S		32-UF RJ		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		100-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
1-1001810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00				
2-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00				
3-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00				
4-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00				
5-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00				
6-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-10018153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 RS 10,00	48-Taxa Franquia / Co-participação RS
Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido 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 15/11/10 12 01 R. Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/10 12 01 R. Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/10 12 01 A. Carlos Gomes Bernardo CRO RJ 42544	53-Data, local e Carimbo da Operadora 15/11/10 12 01 das Ostras Odontolo CNPJ - 32423312000417
--	--	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4º

387723
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Seteira
13/01/12 12/01

6-Número da Guia Principal
50196374

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/12/11 10/12/11

3-Data de Emissão da Guia
10/11/11 10/12/11

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
101037373747001131120016

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004615943786

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

10-Empresa
APEFRIO PLPART

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Data de Prestação
06/03/1976

15-Nome do titular do plano
ISABEL CRISTINA THIMOTEO COSTA

14-Telefone
(11) 11111111

16-Atendimento a RN
RAMAYANA HERINGER LAGE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1136307164770111

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

26-Nome do Profissional Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO
42544

24-UF
RJ

25-Código CNES
42544

27-Número no CRO
42544

28-UF
RJ

29-Código CBO S
42544

30-Tabela
CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Código do Procedimento
1-00181100001301

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Dente/Região
HASD

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
000

38-Franquia/Co-participação RS
000

39-Aut
S

40-Data de Realização
15/11/11

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
117800

47-Valor Total RS
000

48-Total Franquia / Co-participação RS
000

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável