



382373
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 24/09/2010	3-Data de Autorização 14/10/2010	4-Série AUTORIZADO	5-Número do Guia Principal 7902158	6-Data Vencimento do Guia 23/12/2010
Dados do Beneficiário			11-Data Vencimento da Carteira		
8-Número da Carteira 00202524116700047001			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS		
13-Data de Nascimento 06/08/1993			14-Telefone () / /		
15-Nome KARINE VALENTE DE OLIVEIRA COUTO			16-Nome do titular do plano KARINE VALENTE DE OLIVEIRA COUTO		

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
17-Identificação e RG N	18-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	19-Número do CRO 31708	20-UF RJ	21-Código CBO B 025 -	22-Atividade Faturar Empresa
23-Código da Clínica / CNPJ / CN 05640092700	24-Nome do Contratado (Assistente) MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	25-Número do CRO 31708	26-UF RJ	27-Código CBO B	
28-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		29-Número do CRO 31708	30-UF RJ	31-Código CBO B	

32-Telefone	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Código Regulação	36-Fluxo	37-Cód	38-Quantidade Un	39-Valor	40-Preço Unitário / Participação R\$	41-Data de Realização	42-Motivo de Cessão	43-Assinatura
1-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	38	00	0000	0000	0000	23/10/2010		
2-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38	00	0000	0000	0000	23/10/2010		
3-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38	00	0000	0000	0000	23/10/2010		
4-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38	00	0000	0000	0000	23/10/2010		
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

44-Data Prevista Término de Tratamento	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Plano Redutivo 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência	46-Tipo de Procedimento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total Un 152,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Tipo Franquia / Participação R\$
--	---	--	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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-Observações:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2010 Dra Mariana Guimarães S. Martins Cirurgião Dentista CRO RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/11/2010 Dra Mariana Guimarães S. Martins Cirurgião Dentista CRO RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010 Karine Valente de Oliveira Couto	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	--	---	--



418415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 13/11/2018	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205860	7-Data Validade da Semra 11/02/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Endereço ASSEN ASSOCIACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/18	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005891147078
8-Número da Carteira 00379994060761528	9-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/18	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005891147078	
13-Nome MILENA LIMA CUNHA DE MAGALHAES		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RAFAEL MAGALHAES COSTA	
16-Data de Nascimento 13/09/2018				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	19-Número no CBO 31708	20-UF RJ	21-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
22-Código da Operadora - CNPJ - CNA 05640092700	23-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	24-Número no CBO 31708	25-UF RJ	26-Código CBO S		
27-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		28-Número no CBO 31708	29-UF RJ	30-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade Un	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Código de Hospitalização	41-Motivo de Exclusão	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	13/11/18		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/18	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo Quantidade Un 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo Franquia / Coparticipação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 Contratado-Contratante 13/11/18 CRO-137708	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 13/11/18 CRO-137708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/11/18 Milena Cunha	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/18
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



74P

421420
INTERCÂMBIO

1-Agência ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206921	7-Data Validade de Serma 16/02/21
8-Endereço do Beneficiário POS REDE PRESTADORA		9-Endereço CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663		10-Data Validade da Carteira 11/11/20	
11-Número do Cartão 00370000025751193		12-Data de Nascimento 25/12/1975		13-Número do Cartão Nacional de Saúde 708209123568249	
14-Nome JANAINA SILVA DOS SANTOS					
15-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS					
16-Endereço do Profissional Solicitante N		17-Número do CNP 05640092700		18-Data de Nascimento 18/11/20	
19-Endereço do Profissional Contratado MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		20-Número do CNP 31708		21-Data de Nascimento 18/11/20	
22-Endereço do Profissional Contratado MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		23-Número do CNP 31708		24-Data de Nascimento 18/11/20	
25-Endereço do Profissional Contratado MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		26-Número do CNP 31708		27-Data de Nascimento 18/11/20	

30-Tipo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			18/11/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			20/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00			30/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00			30/11/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	38,00	0,00			30/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantidade US 199,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa Franchise / 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) acima, a 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 Contratado Responsável 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



425467
INTERC.AMIND

[illegible]