



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



353932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 11/01/2012 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182665 7-Data Validação da Sentia 10/01/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10137999406385558 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GRANIHIC SERVICES S 11-Data Validade da Carteira 11/01/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700805918115290

13-Nome

LUANA AYRES MIRANDA 09/06/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano THIAGO ROMAO MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS 18-Número no CRO 48408 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1019134791917684 22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS 23-Número no CRO 48408 24-UF RJ 25-Código CNES 1185100200

26-Nome do Profissional Executante

THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS

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	00	85100200	16	DP	1	8,810,00	10,00	51421051201				
2	00	85100196	27	O	1	61,00	10,00	51421051201				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/11/2011, Rio das Ostras, RJ, Dr. Thiago Romão Miranda, CRO-RJ 15723. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/11/2011, Rio das Ostras, RJ, Dr. Thiago Romão Miranda, CRO-RJ 15723. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 14/11/2011, Rio das Ostras, RJ, Luana Ayres Miranda, CRO-RJ 15723. 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 14/11/2011, Rio das Ostras, RJ, CNPJ - 32423311



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



375442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/19	4-Data de Autorização 12/13/19	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871408	7-Data Validação da Semana 11/14/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201253066830000101	9-Piano 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 IVETE AGUIAR LEANDRO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IVETE AGUIAR LEANDRO
---------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	18-Número no CRO 48408	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10191314179197684	22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	27-Número no CRO 48408	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 Grosse	42-Assinatura
1-01018531010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,10	0,10	0,10	1	12/11/2019	120	12/11/2019
2-101018531010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,10	0,10	0,10	1	12/11/2019	120	12/11/2019
3-101018531010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,10	0,10	0,10	1	12/11/2019	120	12/11/2019
4-101018531010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	1	36,10	0,10	0,10	1	12/11/2019	120	12/11/2019
5-1111111111111111												
6-1111111111111111												
7-1111111111111111												
8-1111111111111111												
9-1111111111111111												
10-1111111111111111												
11-1111111111111111												
12-1111111111111111												
13-1111111111111111												
14-1111111111111111												
15-1111111111111111												

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-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 obrigações 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data Local e Assinatura do Beneficiário 12/11/2019 Thalita Nunes Oliveira CRO - RJ 48408	51-Data Local e Assinatura do Profissional Dentista 12/11/2019 Thalita Nunes Oliveira CRO - RJ 48408	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019 Thalita Nunes Oliveira CRO - RJ 48408	53-Data Local e Assinatura da Empresa 12/11/2019 Rio das Ostras Odont CNPJ - 32423372/0001-17
--	---	--	--