

Digitalizado com CamScanner

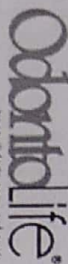
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



242

403413
INTERCÂMBIO

Digitalizado com CamScanner



Parceiros para toda vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



406021
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 10/12/10	4-Data de Autopreção 12/8/11 10/12/10	5-Serena AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8000082	7-Data Validade da Serina 12/5/10 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/2/8/4/5/2/0/0/0/0/1/0/2/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	
13-Nome BERNARDO DIAS DA SILVA					
15-Data Validade da Serina CAROLINE SANTOS DIAS FONSECA					
12-Número do Cartão Nacional da Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	18-Número no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Serina Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/9/6/1/0/0/4/2/7/4/0	22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Número no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Data Validade da Serina
28-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA					
27-Número no CRO 45210					
29-Código CBO S					
30-Data Validade da Serina					
31-Data Validade da Serina					
32-Data Validade da Serina					
33-Data Validade da Serina					
34-Data Validade da Serina					
35-Data Validade da Serina					
36-Data Validade da Serina					
37-Data Validade da Serina					
38-Data Validade da Serina					
39-Data Validade da Serina					
40-Data Validade da Serina					
41-Data Validade da Serina					
42-Data Validade da Serina					
43-Data Validade da Serina					
44-Data Validade da Serina					
45-Data Validade da Serina					
46-Data Validade da Serina					
47-Data Validade da Serina					
48-Data Validade da Serina					
49-Data Validade da Serina					
50-Data Validade da Serina					
51-Data Validade da Serina					
52-Data Validade da Serina					
53-Data Validade da Serina					
54-Data Validade da Serina					
55-Data Validade da Serina					
56-Data Validade da Serina					
57-Data Validade da Serina					
58-Data Validade da Serina					
59-Data Validade da Serina					
60-Data Validade da Serina					
61-Data Validade da Serina					
62-Data Validade da Serina					
63-Data Validade da Serina					
64-Data Validade da Serina					
65-Data Validade da Serina					
66-Data Validade da Serina					
67-Data Validade da Serina					
68-Data Validade da Serina					
69-Data Validade da Serina					
70-Data Validade da Serina					
71-Data Validade da Serina					
72-Data Validade da Serina					
73-Data Validade da Serina					
74-Data Validade da Serina					
75-Data Validade da Serina					
76-Data Validade da Serina					
77-Data Validade da Serina					
78-Data Validade da Serina					
79-Data Validade da Serina					
80-Data Validade da Serina					
81-Data Validade da Serina					
82-Data Validade da Serina					
83-Data Validade da Serina					
84-Data Validade da Serina					
85-Data Validade da Serina					
86-Data Validade da Serina					
87-Data Validade da Serina					
88-Data Validade da Serina					
89-Data Validade da Serina					
90-Data Validade da Serina					
91-Data Validade da Serina					
92-Data Validade da Serina					
93-Data Validade da Serina					
94-Data Validade da Serina					
95-Data Validade da Serina					
96-Data Validade da Serina					
97-Data Validade da Serina					
98-Data Validade da Serina					
99-Data Validade da Serina					
100-Data Validade da Serina					

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

377327
INTERCAMBIOBreno Vinicius Barbosa Barreto

19/03/2012

PRISCILA MARIA BARBOSA DA COSTA

Effect of Concentrations of Polyacrylamide and Polyvinyl Alcohol

16 - Alameda do Rio
N

17 - Alameda do Probatório Rodante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

18-Minuto no CRO
45210

R2

Código CBO E

025 - Faturar Empresa

2-Endereço na Operação: CNPJ / CPF: 09610042740
22-Nome do Contribuinte Exatidão: SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

23-Nilweto mo
45210

2

28-00000 UNES

26-Mestre de Profissional Exercitante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

27-Número no CRO
45210

RJ

-Compounds CMO 8

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 a ficar 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-Dia, local e Assinatura do Cursante-Dentista	51-Dia, local e Assinatura do Cursante-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Campo da Empresa
11/11/11	12/11/10 <i>Pratica de refel. Aluno</i>	11/11/10 <i>Pratica de refel. Aluno</i>	11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/7/19 | 19/12/19

4-Data de Autorização
12/1/19 | 10/12/19

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7880257

7-Data Validade da Sentença
11/6/19 | 12/12/19

Dados do Beneficiário

8-Atendimento da Carteira

0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

PRISCILA MARIA BARBOSA DA COSTA

13/04/1992

15-Nome do titular do plano

PRISCILA MARIA BARBOSA DA COSTA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

N

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0 | 9 | 6 | 1 | 0 | 0 | 4 | 2 | 7 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1

22-Nome do Profissional Executante

SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

23-Número no CRO

45210

24-UF

RJ

25-Código CNES

025 -

26-UF

RJ

27-Código CBO S

45210

28-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Nome da Clínica

42-Atendimento

43-Atendimento

44-Atendimento

45-Atendimento

46-Atendimento

47-Atendimento

48-Atendimento

49-Atendimento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Atividade

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Clid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Nome da Clínica

42-Atendimento

43-Atendimento

44-Atendimento

45-Atendimento

46-Atendimento

47-Atendimento

48-Atendimento

49-Atendimento

50-Atendimento

51-Atendimento

52-Atendimento

53-Atendimento

54-Atendimento

55-Atendimento

56-Atendimento

57-Atendimento

58-Atendimento

59-Atendimento

60-Atendimento

61-Atendimento

62-Atendimento

63-Atendimento

64-Atendimento

65-Atendimento

66-Atendimento

67-Atendimento

68-Atendimento

[illegible]

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



0	0	2	0	2	5	3	2	4	5	7	9	0	0	0	0	0	1	0	2
Código da Carteira																			
POS REDE PRESTADORA																			
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA																			
11-Dia / Mês / Ano da Carteira / /																			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			

PAULO ROBERTO CARDOSO GAMA	30/11/1983	14-Telefone (2 1) 9 9 8 8 5 8 5 9	15-Nome do titular do plano RENATA JACQUELINE DE SOUZA CARDOSO
----------------------------	------------	--	---

16-Atribuição e RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-Uf		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa
N		SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		45210		RJ				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Especiente		23-Número no CRO		24-Uf		25-Código CNES		
09161101042740		SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		45210		RJ				
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO		28-Uf		29-Código CBO S		
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA				45210		RJ				

30-Tipo de	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia Co-participação R\$	39-Mat	40-Datas de Realização	41-Matéria da Classe	42-Autorização
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	11	V	1	9 0 0 0	0 0 0 0	5 12 0 0 1 0 1 2 0 1				
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Cada Prestado Termino do Tratamento

44-Tipo de Abandono

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

45-Tipo de Tratamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

9 0 0 0

47-Valor Total R\$

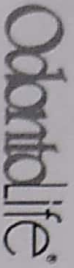
0 0 0 0

48-Total Franquia Co-participação R\$

49-Total Franquia Co-participação R\$

48-Observação

S2-Dati, local e Assinatura do Criador-Dentista Solicitante	
S1-Dati, local e Assinatura do Criador-Dentista	
S2-Dati, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
S2-Dati, local e Cimento da Empresa	



Tratando para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

348



392841
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406814	3-Dados de Emissão da Guia 01/08/11 01/02/10	4-Dados de Autenticação 11/91/11/01/2101	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946073	7-Dados Válidos da Guia 01/06/11/01/211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010101215131241517910101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Válidos da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 392841
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

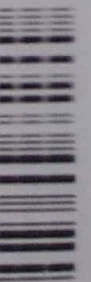
13-Nome PAULO ROBERTO CARDOSO GAMA	14-Teléfono (1211) 9191815181519	15-Nome do titular do plano RENATA JACQUELINE DE SOUZA CARDOSO				
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA						
18-Atendimento a RN 19-UF RJ						
20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0191611001412174101111			22-Nome do Contratado Excitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Número no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES RJ
26-Atendimento ao Profissional Excitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA			27-Número no CRO 45210	28-UF RJ	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Auf	40-Causa da Realização	41-Medico da Clínica	42-Autorização	
1-0	018110010015	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00		1	191110112011			
2-0	018153010014	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00		1	191110112011			
3-0	018153010014	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00		1	191110112011			
4-0	018153010014	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	38,00	0,00		1	191110112011			
5-0	018153010014	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00		1	191110112011			
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Dados Previstos Termino do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Fratura / Co-participação R\$			
11/11/11		1-Tipologia Odontológica		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Ortopedia		5-Ortopedia			
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), julgarão 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													

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. Declino, ainda que (o/s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (ou) 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.

16-Operador

50-Dados, local e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante 11/11/11	51-Dados, local e Assinatura do Conselho Dentista 11/11/11 01/02/10	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/11 01/02/10	53-Dados, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/11 01/02/10	54-Dados, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/11 01/02/10
---	--	---	---	---



390072
INTERCÂMBIO

400414

06/01/2018

06/01/2018 09:22:03

10/05/2018 09:22:03

AUTORIZADO

50197021

03/01/2018 11:21:11

898005841379714

6-Endereço do Cliente

010379994063752260

POS REDI PRESTADORA

INSTITUTO DOR DE O

11/01/2018

898005841379714

BENJAMIN DE LA VEGA FELIZARDO

16/02/2018

BRUNA DE LA VEGA FELIZARDO ALV

15-Endereço e PIS

SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

45210

45210

45210

RU

RU

RU

RU

RU

RU

RU

RU

RU

31-Código de Procedimento

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

61

V

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

26-Hora do Procedimento

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

09:10:00

30-Taxa

31-Código de Procedimento

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

61

V

1

1

1

1

1

1

1

1

1

32-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

33-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

34-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

35-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

36-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

37-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

38-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

39-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

40-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

41-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

42-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

44-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

45-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

46-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

47-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

48-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

16/01/2018

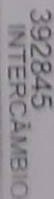
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/01/2018

16/01/2018

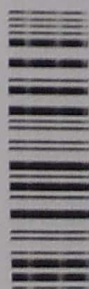
16/01/2018

16/01/2018

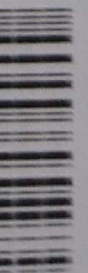


Digitalizado com CamScanner

389063
INTERCÂMBIO

389115
INTERCÂMBIO

Digitalizado com CamScanner

389530
INTERCÁMBIO

Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



384936
INTERCÂMBIO

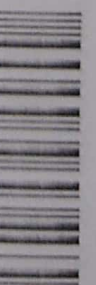
1-Região AAS 405414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2018	4-Data de Autopromoção 12/09/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195075	7-Data Validade da Guia 12/11/2018
8-Número da Carteira 1010199994063752260	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUIDOR DE G	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 89605841379714	
13-Nome BENJAMIN DE LA VEGA FELIZARDO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRUNA DE LA VEGA FELIZARDO ALV			
Data do Contrato / Racionalizado pelo Tratamento					

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	18-Número no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 096101042740	22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Número no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	27-Número no CRO 45210	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Alc	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00			12/09/2018		
2-00	8400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		51,00	0,00			12/09/2018		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												

43-Data Prescrição / Termo do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 98,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchising / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/2018 Bruna de la Vega	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2018 Bruna de la Vega	53-Data, local e Cópia da Empresa 11/11/11
---	--	--	---



388407
INTERCÂMBIO

1-Identificação ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

3-Data de Autorização
03/11/2010

4-Sigla
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
7927886

6-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

7-Identificação da Clínica
00020253219120000101

8-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

9-Data de Autorização
03/11/2010

10-Sigla
AUTORIZADO

11-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

12-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

13-Sigla
AUTORIZADO

14-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

15-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

16-Sigla
AUTORIZADO

17-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

18-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

19-Sigla
AUTORIZADO

20-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

21-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

22-Sigla
AUTORIZADO

23-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

24-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

25-Sigla
AUTORIZADO

26-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

27-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

28-Sigla
AUTORIZADO

29-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

30-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

31-Sigla
AUTORIZADO

32-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

33-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

34-Sigla
AUTORIZADO

35-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

36-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

37-Sigla
AUTORIZADO

38-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

39-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

40-Sigla
AUTORIZADO

41-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

42-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

43-Sigla
AUTORIZADO

44-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

45-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

46-Sigla
AUTORIZADO

47-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

48-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

49-Sigla
AUTORIZADO

50-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

51-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

52-Sigla
AUTORIZADO

53-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

54-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

55-Sigla
AUTORIZADO

56-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

57-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

58-Sigla
AUTORIZADO

59-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

60-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

61-Sigla
AUTORIZADO

62-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

63-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

64-Sigla
AUTORIZADO

65-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

66-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

67-Sigla
AUTORIZADO

68-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

69-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

70-Sigla
AUTORIZADO

71-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

72-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

73-Sigla
AUTORIZADO

74-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

75-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

76-Sigla
AUTORIZADO

77-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

78-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

79-Sigla
AUTORIZADO

80-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

81-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

82-Sigla
AUTORIZADO

83-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

84-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

85-Sigla
AUTORIZADO

86-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

87-Data de Emissão da Guia
02/11/2010

88-Sigla
AUTORIZADO

89-Data Vencimento da Guia
31/12/2010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

348



388760
INTERCAMBIO

1- Nome do Paciente 406414		2- Data de Emissão da Guia 10/2/11 10/12/10		3- Código de Autenticação 10131110112101		4- Autorizado AUTORIZADO		5- Número da Guia Original 7920236		6- Data de Emissão da Guia 13/11/12 11/2101	
7- Nome do Contador 000202532119121000001021		8- Pos. Rede Prestadora POS REDE PRESTADORA		9- Tipo de Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		10- Nome do titular no plano DANIKA RODRIGUES AMECHOEIRO DA SILVA		11- Data de validade da Guia 11/11/11		12- Número de Controle Financeiro da Guia 11/11/11	
13- Nome RODRIGO DE OLIVEIRA MARTINS		14- Telefone 16/07/1996		15- Nome do titular no plano DANIKA RODRIGUES AMECHOEIRO DA SILVA		16- Data de validade da Guia 11/11/11		17- Número de Controle Financeiro da Guia 11/11/11		18- Data de validade da Guia 11/11/11	
19- Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		20- Nome do Contador Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		21- Número no CRO 45210		22- Código CRO S 025 -		23- Nome da Empresa Faturar Empresa		24- Data de validade da Guia 11/11/11	
25- Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		26- Nome do Contador Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		27- Número no CRO 45210		28- Código CRO S 025 -		29- Nome da Empresa Faturar Empresa		30- Data de validade da Guia 11/11/11	

31- Dente	32- Descrição	33- Denário/Rapido	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangente/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1-00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00				10/2/11		
2-10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				10/2/11		
3-10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				10/2/11		
4-10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				10/2/11		
5-10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				10/2/11		
6-10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				10/2/11		
7-10											
8-10											
9-10											
10-10											
11-10											
12-10											
13-10											
14-10											
15-10											

43- Tipo de Atendimento		44- Tipo de Atendimento		45- Tipo de Atendimento		46- Tipo de Atendimento		47- Tipo de Atendimento		48- Tipo de Atendimento	
49- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		50- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		53- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		54- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



388727
INTERCÂMBIO

1-Adesivo ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/12/10 10/12/10

4-Dia de Autorização
10/13/11 10/12/10

5-Carteira
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7929147

7-Dia Validação da Guia
13/11/11 12/12/10

8-Número da Carteira

9-Paturo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validação da Carteira
11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Home
DANIELLA RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
17-Home do Profissional Solicitante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

21-Código na Operação / CNPJ / CPF
09610042740
22-Home do Contratado Executante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

26-Home do Profissional Executante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18-Número no CRO
45210
19-LUF
RJ
20-Código CRO S
025 -
24-LUF
RJ
25-Código CNES
45210
27-Número no CRO
45210
28-LUF
RJ
29-Código CRO S

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,00	0,00	510,30	50,00	20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término 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
47-Valor Total R\$
47,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaramos que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas disponíveis, concordamos acima apresentados, aceitar e autorizar a execução do tratamento comprometendo-nos a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e os torna satisfatório. 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

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

200

376530
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional da Saúde
801434132578068

15-Nome do titular do plano
LARISSA CARVALHO DA SILVA

801 - Faturar Empresa

24-UF	25-Godigo CNEIS
RJ	

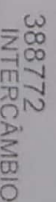
28-JF RJ	29-Contigo CBO B
-------------	------------------

1. Spade
 2. Spade
 3. Spade
 4. Spade
 5. Spade
 6. Spade
 7. Spade
 8. Spade
 9. Spade
 10. Spade

47-Week Total Pts	01000
48-Total Fractures / Co-participation Pts	

custos previstos em
documento, os valores

53-Dala, local e Canteiro da Empresa



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



376399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/09 12:10

4-Data de Autorização
11/07/09 12:10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50191778

7-Data Validade da Sentença
11/05/12 12:10

8-Número da Carteira
000379994059978438

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
801434132578068

13-Nome
LARISSA CARVALHO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

20/04/2003

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LARISSA CARVALHO DA SILVA

16-Ancionamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

18-Número no CRO
45210

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09610042740

22-Nome do Contratado Executante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

23-Número no CRO
45210

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA

27-Número no CRO
45210

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00		S	11/09/20		
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00	0,00		S	11/09/20		
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00	0,00		S	11/09/20		
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00	0,00		S	11/09/20		
5	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00	0,00		S	11/09/20		
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
199,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franchisa / Co-participação R\$

Declaramos, 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. Declaramos, ainda que (o/a) procedimento(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, condicionando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa





Digitalizado com CamScanner

2

[illegible]

