

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

394621
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/10/11 11/12/11

6-Número da Guia Principal
7953068

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/09/11 01/12/10

3-Data de Emissão da Guia
11/13/11 01/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

1002020253441600000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA ENESIA DA SILVA RIBEIRO

29/09/2010

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

ANGELICA ASSIS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

RAMAYANA HERINGER LAGE

18-Número no CRO

42544

19-UF

RJ

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

11316310764770

22-Nome do Contratado Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO

42544

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

42544

26-Nome do Profissional Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella

31-Código do Procedimento

100181000030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dentista/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

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total RS

48-Total Franquia / Co-participação RS

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 do Cirurgião-Dentista

54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

75-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

77-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

78-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

79-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

81-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

82-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

83-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

84-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

86-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

87-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

88-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

89-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

90-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

92-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

93-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

94-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

95-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

96-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

97-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

98-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

99-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

386989
INTERCÂMBIO

7-Data Validação da Semana
12/19/11 12/12/10

6-Número da Guia Principal
7923778

5-Semana
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/19/11 01/12/10

3-Data de Emissão da Guia
13/01/09/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020125324416000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

15-Nome do titular do plano
ANGELICA ASSIS DA SILVA

13-Nome
ANGELICA ASSIS DA SILVA

15/11/1984

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 na Operadora / CNPJ / CPF 113161307647701111	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
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos												
30-Tabela	31-Código do Procedimento				32-Descrição		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US		37-Valor
1.	0	0	8	1	0	0	0	3	0			
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2.	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												
3.	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												
4.	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												
5.	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
												Pre-Total Franquia / Co-participação R\$

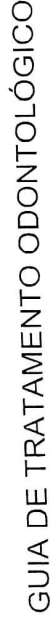
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total RS 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 1111,11
--	---	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 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 12/19/11 10/12/10 Rafaela A. Silva	51-Data - local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/19/11 10/12/10 Rafaela A. Silva	52-Data - local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/19/11 10/12/10 Angela A. Silva	53-Data - local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/19/11 10/12/10 Angela A. Silva	54-Data - local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/19/11 10/12/10 Angela A. Silva	55-Data - local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/19/11 10/12/10 Angela A. Silva
---	---	--	--	--	--

CNPJ - 324233710001-17



INTERCÂMBIO

JULIANA DOS SANTOS DUARTE		12/04/1991		801 - Faturar Empresa	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO	
N		RAMAYANA HERINGER LAGE		42544	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		19-UF	
11363107614770111		RAMAYANA HERINGER LAGE		RJ	
26-Nome do Profissional Executante		23-Número no CRO		24-UF	
		42544		RJ	
		27-Número no CRO		25-Código CNES	
		42544			
				26-Código CBO S	

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento / /

☐ 1-Tratamento Oncológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofobia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total 2-Parcial

44-IPJ de Atendimento

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os preços, os 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 no contrato, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), for(am) 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 necessários para a realização do tratamento, conforme previsto em contrato.

[illegible]