

324978
INTERCÂMBIO

1-ANO ANEXO 414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2012	4-Data de Autorização 11/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166390	7-Data Validade da Guia 14/09/2012	324978 INTERCÂMBIO
8-Beneficiário ro da Carteira 0370000015574337	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO DE ENSINO F	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004660415971		
13-Contratado Responsável pelo Tratamento FEUS DOS SANTOS TIERLING	14-Telefone 29/09/2012 () -	15-Nome do Titular do plano ERIKA PATRICIA LOPES DOS SANTO				
16-Identificação a RN THAIZ COSTA BRANDAO	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa	
21-Identificação na Operadora / CNPJ / CPF 9839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Identificação do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO	27-Número no CRO 31890	28-UF RJ	29-Código CBO S			
30-Tratamento / Procedimentos Solicitados						

[illegible]

3-Previsão Término do Tratamento 23/11/23	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 17 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 90,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

o, 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 lei. 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 acima estipulados, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

evacuação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2016 Dr. Silvia Cristina Magalhães Cirurgião-Dentista CRO-RJ 17947	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2016 Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF

310474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/05/2012	4-Data de Autorização 05/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162542	7-Data Validade da Senha 03/08/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00373147144035091	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WARNER CHAPPEL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004827293343								
13-Nome LAURY MAURICIO GCSILVA		14-Telefone 24/03/1958	15-Nome do titular do plano SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO	27-Número no CRO 31890	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 Gênes	42-Assinatura
1	00810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			11/09/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			11/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00			11/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00			11/09/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00			11/09/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/2012		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 199,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / 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) 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												
Thaiz Costa Brandão												
Thaiz Costa Brandão												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2012, Thaiz Costa Brandão			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2012, Thaiz Costa Brandão			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2012, Silvia Elena Valladao Capistrá			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

310558
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162556	7-Data Validade da Senha 03/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00373147144035091	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WARNER CHAPPEL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004827293343								
13-Nome LAURY MAURICIO GCSILVA		14-Telefone 24/03/1958	15-Nome do titular do plano SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO		27-Número no CRO 31890	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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	90,00	0,00	0,00	S	05/05/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 90,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / 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) 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												
Thaiz Costa Brandão Odontólogo												
Thaiz Costa Brandão Odontólogo												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2012, RJ, Thaiz Costa Brandão												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 05/10/2012, RJ, Thaiz Costa Brandão												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012, RJ, Thaiz Costa Brandão												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

319451
INTERCÂMBIO

Registro ANS 6414		3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 0 6 / 2 0		4-Data de Autorização 0 3 / 0 6 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50164877		7-Data Validade da Senha 3 1 / 0 8 / 2 0		319451 INTERCÂMBIO			
8-Data de Validade da Guia 0 3 / 7 0 / 0 0 / 0 1 / 5 5 / 7 4 / 3 3 / 7				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CENTRO DE ENSINO F				11-Data Validade da Carteira / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004660415971	
13-Data de Validade da Carteira / / / / /															
14-Telefone () -															
15-Nome do titular do plano ERIKA PATRICIA LOPES DOS SANTO															
16-Data de Validade da Carteira / / / / /															
17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO															
18-Número no CRO 31890															
19-UF RJ															
20-Código CBO S 801 -															
21-UF RJ															
22-Data de Validade da Carteira / / / / /															
23-Número no CRO 31890															
24-UF RJ															
25-Código CNES 801 -															
26-Data de Validade da Carteira / / / / /															
27-Número no CRO 31890															
28-UF RJ															
29-Código CBO S 801 -															
30-Data de Validade da Carteira / / / / /															
31-Data de Validade da Carteira / / / / /															
32-Data de Validade da Carteira / / / / /															
33-Data de Validade da Carteira / / / / /															
34-Data de Validade da Carteira / / / / /															
35-Data de Validade da Carteira / / / / /															
36-Data de Validade da Carteira / / / / /															
37-Data de Validade da Carteira / / / / /															
38-Data de Validade da Carteira / / / / /															
39-Data de Validade da Carteira / / / / /															
40-Data de Validade da Carteira / / / / /															
41-Data de Validade da Carteira / / / / /															
42-Data de Validade da Carteira / / / / /															
43-Data de Validade da Carteira / / / / /															
44-Data de Validade da Carteira / / / / /															
45-Data de Validade da Carteira / / / / /															
46-Data de Validade da Carteira / / / / /															
47-Data de Validade da Carteira / / / / /															
48-Data de Validade da Carteira / / / / /															
49-Data de Validade da Carteira / / / / /															
50-Data de Validade da Carteira / / / / /															
51-Data de Validade da Carteira / / / / /															
52-Data de Validade da Carteira / / / / /															
53-Data de Validade da Carteira / / / / /															
54-Data de Validade da Carteira / / / / /															
55-Data de Validade da Carteira / / / / /															
56-Data de Validade da Carteira / / / / /															
57-Data de Validade da Carteira / / / / /															
58-Data de Validade da Carteira / / / / /															
59-Data de Validade da Carteira / / / / /															
60-Data de Validade da Carteira / / / / /															
61-Data de Validade da Carteira / / / / /															
62-Data de Validade da Carteira / / / / /															
63-Data de Validade da Carteira / / / / /															
64-Data de Validade da Carteira / / / / /															
65-Data de Validade da Carteira / / / / /															
66-Data de Validade da Carteira / / / / /															
67-Data de Validade da Carteira / / / / /															
68-Data de Validade da Carteira / / / / /															
69-Data de Validade da Carteira / / / / /															
70-Data de Validade da Carteira / / / / /															
71-Data de Validade da Carteira / / / / /															
72-Data de Validade da Carteira / / / / /															
73-Data de Validade da Carteira / / / / /															
74-Data de Validade da Carteira / / / / /															
75-Data de Validade da Carteira / / / / /															
76-Data de Validade da Carteira / / / / /															
77-Data de Validade da Carteira / / / / /															
78-Data de Validade da Carteira / / / / /															
79-Data de Validade da Carteira / / / / /															
80-Data de Validade da Carteira / / / / /															
81-Data de Validade da Carteira / / / / /															
82-Data de Validade da Carteira / / / / /															
83-Data de Validade da Carteira / / / / /															
84-Data de Validade da Carteira / / / / /															
85-Data de Validade da Carteira / / / / /															
86-Data de Validade da Carteira / / / / /															
87-Data de Validade da Carteira / / / / /															
88-Data de Validade da Carteira / / / / /															
89-Data de Validade da Carteira / / / / /															
90-Data de Validade da Carteira / / / / /															
91-Data de Validade da Carteira / / / / /															
92-Data de Validade da Carteira / / / / /															
93-Data de Validade da Carteira / / / / /															
94-Data de Validade da Carteira / / / / /															
95-Data de Validade da Carteira / / / / /															
96-Data de Validade da Carteira / / / / /															
97-Data de Validade da Carteira / / / / /															
98-Data de Validade da Carteira / / / / /															
99-Data de Validade da Carteira / / / / /															
100-Data de Validade da Carteira / / / / /															

[illegible]

42-Previsão Término do Tratamento 04/11/2016 19	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 1 2 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia Co-participação R\$
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

largo, 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 anexo. 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.

Observação

1 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 04/11/2014 [Assinatura] CRO - RJ		2 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 04/11/2014 [Assinatura] CRO - RJ		3 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2014 [Assinatura]		4 - Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____ [Carimbo]	
--	--	--	--	--	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

319449
INTERCÂMBIO

1-Grupo ANB 6414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/2010	4-Data de Autorização 03/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164876	7-Data Validade da Senha 31/08/2010
8-Id do Beneficiário 037000015574329	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO DE ENSINO F	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706304771652679	
13-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento ERIKA PATRICIA LOPES DOS SANTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERIKA PATRICIA LOPES DOS SANTO			
16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CEP 98391148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO	27-Número no CRO 31890	28-UF RJ	29-Código CBO S		
30-Data Tratamento / Procedimento Solicitado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qtd
00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1
00081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1
00081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1
00081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1
00081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Valor Total R\$					
44-Tipo de Alinhamento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
51-Data, local e Contributo da Empresa					

Eu, que abaixo assinado, esclareço 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 razão. 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.

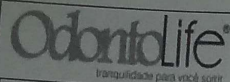
Reservação

Thaiz Costa Brandão
CRO - RJ 31890

Thaiz Costa Brandão
CRO - RJ 31890

Thaiz Costa Brandão
CRO - RJ 31890

Thaiz Costa Brandão
CRO - RJ 31890

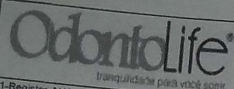


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

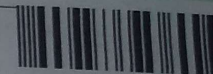
2-AF

300801
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158572	7-Data Validade da Serha 10/06/2012
8-Número da Carteira 0037000022374372			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARIA ANTONIA HADLICH VALENTIM			14-Telefone () - -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708408719422861	
15-Atendimento a RN N			16-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770			22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO			23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
28-Número no CRO 31890			29-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	85	01	9000
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/06/2012			44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US 9000		
47-Valor Total R\$ 9000			48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000		
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 Solicitante 10/06/2012 Thaiz Costa Brandão					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2012 Thaiz Costa Brandão					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2012					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

300806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2013/20	4-Data de Autorização 11/2013/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158574	7-Data Validade da Senha 11/2016/20
8-Número da Carteira 0037000022374364		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708503347548375
13-Nome JOAO VICTOR HADLICH VALENTIM D			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHRISTINA HADLICH VALENTIM	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770			18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S
22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO			23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO			27-Número no CRO 31890	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 R\$		
39-Aut		40-Data de Realização	41-Motivo de Classe		
42-Assinatura					
1-00184000074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85	1	5000
2-00184000074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75	1	5000
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/2013					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1000					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / 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) 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 12/11/2013, THAIZ COSTA BRANDAO					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2013, THAIZ COSTA BRANDAO					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2013, CHRISTINA HADLICH VALENTIM					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

310473
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162541	7-Data Validade da Guia 03/10/2012
8-Número da Carteira 000373147144035105			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WARNER CHAPPEL	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RAFAEL VALLADAO CAPISTRANO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004617526368
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770			22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO		
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO			27-Número no CRO 31890		
28-UF RJ			29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		
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 Gêse		
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 05/11/2012			44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US 95,00		
47-Valor Total R\$ 0,00			48-Total Franquia / 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) 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 05/11/2012, THAIZ COSTA BRANDAO					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012, THAIZ COSTA BRANDAO					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012, SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

310472
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2015	4-Data de Autorização 10/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162540	7-Data Validade da Guia 10/05/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100373147144035008	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WARNER CHAPPEL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700507159101057
13-Nome SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA		14-Telefone 15/09/1959	15-Nome do titular do plano SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO		27-Número no CRO 31890	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 Clima 42-Ausência
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			05/05/2015	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			05/05/2015	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00			05/05/2015	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00			05/05/2015	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00			05/05/2015	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/05/2015	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 Franquia / 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) 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 Contratado 05/05/2015 Thaiz Costa Brandão CRO - RJ 31890	51-Data, local e Assinatura do Contratado 05/05/2015 Thaiz Costa Brandão CRO - RJ 31890	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/05/2015 SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



Relatório: Produção Cirurgião Dentista

CRO: 31890/RJ Cirurgião Dentista: (16547) - THAIZ COSTA BRANDAO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
300801 - I	MARIA ANTONIA HADLICH VALENTIM (00370000022374372)		12/03/2020	90	0.3	R\$ 27,00
300806 - I	JOAO VICTOR HADLICH VALENTIM D (00370000022374364)		12/03/2020	100	0.3	R\$ 30,00
310472 - I	SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA (00373147144035008)		05/05/2020	199	0.3	R\$ 59,70
310473 - I	RAFAEL VALLADAO CAPISTRANO (00373147144035105)		05/05/2020	95	0.3	R\$ 28,50
310474 - I	LAURY MAURICIO GCSILVA (00373147144035091)		05/05/2020	199	0.3	R\$ 59,70
310558 - I	LAURY MAURICIO GCSILVA (00373147144035091)		05/05/2020	90	0.3	R\$ 27,00
319449 - I	ERIKA PATRICIA LOPES DOS SANTO (00370000015574329)		02/06/2020	199	0.3	R\$ 59,70
319451 - I	MATEUS DOS SANTOS TIERLING (00370000015574337)		02/06/2020	123	0.3	R\$ 36,90
324978 - I	MATEUS DOS SANTOS TIERLING (00370000015574337)		16/06/2020	90	0.3	R\$ 27,00
Totalizador						
				N° de USOs:		1185
				N° de atendimentos:		9
				Valor:		R\$ 355,50

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa