

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/06/2014/12/11

4-Data de Autorização
10/07/2014/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8174908

7-Data Validade da Senha
10/06/2014/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101020253361314000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome
EVANI RODRIGUES FERREIRA

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
EVANI RODRIGUES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adoamento 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 / CPE
11363076477011

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

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1	00185102001	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VM	1	88000		0	0	0		10/07/2014/12/11		BARF
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista do Término do Tratamento
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
88000

47-Valor Total RS
10101010101

48-Total Franquia / Co-participação RS

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos, alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações decorrentes do 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 Cirurgião-Dentista Solicitante
10/07/2014/12/11 RAMAYANA HERINGER LAGE
CRO RJ 42544

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
10/07/2014/12/11 Baroni de Zeeuw
CRO RJ 42544

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
10/07/2014/12/11 Baroni de Zeeuw
CRO RJ 42544

53-Data local e Assinatura da Empresa
10/07/2014/12/11 Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17

442862
INTERCÂMBIO[illegible]

445514
INTERCÂMBIO

13-Nome	TAIRINE DOLORES DO NASCIMENTO									
14-Telefone	(	)								
15-Nome do titular do plano	TAIRINE DOLORES DO NASCIMENTO									

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30) Tabela	31) Cópia do Procedimento	32) Descrição	33) Norma Baseia	34) Eixo	35) Oid	36) Quantidade / S	37) Valor	38) Fiancial/Co-participado R\$	39) Aut	40) Data de Realização	41) N.º da Glosa 42) 43) Natureza

[illegible]

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), resuscitação(s), e/ou punção(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 contratuais.

53-Data local e Assinatura do Beneficiário (se aplicável) 10/13/1014/1214	54-Data local e Assinatura do Cargueiro-Dentista 10/13/1014/1214	55-Data local e Assinatura do Cargueiro-Dentista 10/13/1014/1214	56-Data local e Assinatura do Cargueiro-Dentista 10/13/1014/1214
---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

447633

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 11/12/11	4-Data de AutORIZAÇÃO 10/07/10 01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172429	7-Data Validade da Sanha 10/05/10 04/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202152136101000117011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO SILVA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano RODRIGO SILVA					

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 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 13613076477011	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												
30-Atela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Ass-natura
1-01018110000310		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34100		0100	S	01/01/21	1	✓ 67044
2-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36100		0100	S	01/01/21	1	✓ 67044
3-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36100		0100	S	01/01/21	1	✓ 67044
4-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36100		0100	S	01/01/21	1	✓ 67044
5-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36100		0100	S	01/01/21	1	✓ 67044
6-11111111111111												
7-11111111111111												
8-11111111111111												
9-11111111111111												
10-11111111111111												
11-11111111111111												
12-11111111111111												
13-11111111111111												
14-11111111111111												
15-11111111111111												
43-Data Previsto 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		
11/11/11		1-1 Tratamento Odontológico 2-E nome Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		11781010		1010101		11111111		

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/10 11/12/11 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 10/12/10 11/12/11 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/10 11/12/11 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/10 11/12/11 PRIO das Ostras Odontol. CNPJ - 3242337210001-17
---------------	--	---	--	--

