



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 9/12/10	4-Data de Autorização 13/01/10 9/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Sua Primeira 7918070	12/8/12 12/12/10
--------------------------	--	---	----------------------	-------------------------------------	------------------

Dados do Beneficiário												
6-Número da Carteira												
0	0	0	2	0	1	2	5	3	2	4	0	0
7-Pano												
POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa												
DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Dia Vencimento da Carteira												
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12-Número do Cartão												

13- Nome	15/03/1998	14-1- eleitor	14-2- eleitor
KEZIA OLIVEIRA DOS SANTOS		(_ _ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	KEZIA OLIVEIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número do CRO 42544	19-UF RJ	20-Data de Emissão 02/07/2018	21-Validade DNEs 12 meses	22-Valor da Taxa R\$ 100,00	23-Valor da Taxa de Serviço R\$ 100,00	24-Valor da Taxa de Administração R\$ 100,00	25-Valor da Taxa de Inscrição R\$ 100,00	26-Valor da Taxa de Anuidade R\$ 100,00	27-Valor da Taxa de Emissão R\$ 100,00	28-Valor da Taxa de Arrecadação R\$ 100,00	29-Valor da Taxa de Encargos R\$ 100,00	30-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	31-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	32-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	33-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	34-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	35-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	36-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	37-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	38-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	39-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	40-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	41-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	42-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	43-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	44-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	45-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	46-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	47-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	48-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	49-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	50-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	51-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	52-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	53-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	54-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	55-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	56-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	57-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	58-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	59-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	60-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	61-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	62-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	63-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	64-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	65-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	66-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	67-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	68-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	69-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	70-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	71-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	72-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	73-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	74-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	75-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	76-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	77-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	78-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	79-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	80-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	81-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	82-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	83-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	84-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	85-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	86-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	87-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	88-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	89-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	90-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	91-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	92-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	93-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	94-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	95-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	96-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	97-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	98-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	99-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00	100-Valor da Taxa de Outros Encargos R\$ 100,00
--------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---	---	---	--	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	113630764770
22-Nome do Contratado Executante	RAMAYANA HERINGER LAGE
23-Número no CRO	42544
24-U	RJ
25-Código Único	

26- Nome do Profissional Exercente	27- Número no CRO	28- UF	29- Código CBO S
RAMAYANA HERINGER LAGE	42544	RJ	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Raio	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- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0		5	3 0 0 15 12 0		
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0		5	3 0 0 15 12 0		
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		5	3 0 0 15 12 0		
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0		5	3 0 0 15 12 0		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

33- Data Prévia do Termo de Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Fracamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

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 arcar com os custos de exames diagnósticos, medicamentos, procedimentos, deslocamento(s) e por mim assumido(s), to(tam) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos no valoramento realizado, comprometendo a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/01/09/12/01 - [Assinatura] 42544

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/01/09/12/01 - [Assinatura] 42544

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/09/12/01 - [Assinatura] 42544

53-Data, local e Cmbio da Empresa
13/01/09/12/01 - [Assinatura] 42544

Não-Dependente
 Solicitação
 25/04/2019
 CR0

CRP 2.54

da Empresa
Rio das Ostras
CNPJ - 32423317/0001-11

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

386099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 1 0 9 / 1 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 9 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918082	7-Data Validação da Senha 2 8 / 1 2 / 1 2 0
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 4 0 0 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome KEZIA OLIVEIRA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KEZIA OLIVEIRA DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		18-Número no CRO 42544	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 6 3 0 7 6 4 7 7 0		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Número no CRO 42544	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544		28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	3 0 / 1 0 9 / 1 2 0		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 3 0 / 1 0 9 / 1 2 0 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3 0 / 1 0 9 / 1 2 0 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 3 0 / 1 0 9 / 1 2 0 Kezia Oliveira Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 3 0 / 1 0 9 / 1 2 0 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423720001-17

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

365374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 0 8 / 1 2 1 0	4-Data de Autorização 1 3 0 / 1 0 9 / 1 2 1 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827310	7-Data Validade da Senha 2 5 / 1 1 1 / 1 2 1 0
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 9 9 8 3 6 0 0 0 0 7 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome FABIO GOMES DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO GOMES DE SOUZA		
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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 3 4 7 9 9 7 6 8 4		22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS		27-Número no CRO 48408	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VI	1
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VI	1
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão 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 2 3 7 0 0
47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0			
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 30/10/2012 Thalita N. S. Marcos Cirurgiã - Dentista CRO - RJ 48408		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012 Thalita N. S. Marcos Cirurgiã - Dentista CRO - RJ 48408		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 < >	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2012		Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

385746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2019	4-Data de Autorização 02/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916582	7-Data Validade da Senha 28/11/2020
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202532400100000103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome TATIANE DA SILVA MIRANDA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KEZIA OLIVEIRA DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13630764770			22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE			27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	29-Código CBO S
18-Número no CRO 42544			19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
25-Código CNES					

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/11/2019		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/11/2019		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/11/2019		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/11/2019		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/11/2019		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 178,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	----------------------------------	---------------------------	--

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 10/11/2019 Ramayana Heringer Lage CNPJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019 Ramayana Heringer Lage CNPJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/2019 Kezia Oliveira dos Santos CNPJ 32423372/0001-17	53-Data, local e Carimbo da Operadora 10/11/2019 Rio das Ostras Odonto CNPJ 32423372/0001-17
---	---	---	---