

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



354138

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182792	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000031616901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700706904513274
13-Nome EGYDIO ANDRADE DE MATTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA	18-Número no CRO 37739	19-UF RJ	20-Código CBO 8	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10255289723	22-Nome do Contratado Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA	23-Número no CRO 37739	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		27-Número no CRO 37739	28-UF RJ	29-Código CBO 8	

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/08/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/08/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/08/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/08/2012		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/08/2012		
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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2012 Rebecca Meira Lopes Alvarenga Cirurgião-Dentista CRO-RJ-37739	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2012 Egydio Andrade de Mattos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354150

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182798	7-Data Validade da Senha 08/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000031616910	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004621493622	
13-Nome GIULIA SERAFIM DE MATTOS		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do Plano ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		18-Número no CRO 37739	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10255289723	22-Nome do Contratado Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		23-Número no CRO 37739	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA			27-Número no CRO 37739	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Replão	34-Face	35-Qtd
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34	0,00	0,00	S	11/08/20	
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 34,00	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 / /					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/20 Rebecca Lopes CRO RJ: 37739					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 Egídio Mattos					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355047

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183211	7-Data Validade da Senha 09/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000031616910	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004621493622	
13-Nome GIULIA SERAFIM DE MATTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		18-Número no CRO 37739	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10255289723		22-Nome do Contratado Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA	23-Número no CRO 37739	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		27-Número no CRO 37739	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/08/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/08/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/08/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/08/20		
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/08/20 Rebecca Lopes Cirurgião-Dentista CRO-RJ: 37739	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 Egídio Mattos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355049

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/81/20		4-Data de Autorização 11/10/81/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50183212		7-Data Validade da Senha 09/11/20					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00370000031616910						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome GIULIA SERAFIM DE MATTOS															
14-Telefone () -						15-Nome do titular do plano ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10255289723						22-Nome do Contratado Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		18-Número no CRO 37739		19-UF RJ					
26-Nome do Profissional Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA						23-Número no CRO 37739		24-UF RJ		25-Código CNES					
27-Número no CRO 37739						28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa					
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-Costa de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	11 08 20					
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 61,00		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(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/10/81/20 Rebecca Lopes Cirurgião-Dentista CRO RJ: 37739				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



355179
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183253	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700706904513274
8-Número da Carteira 00370000031616901		13-Nome EGYDIO ANDRADE DE MATTOS		14-Telefone () -	
		15-Data 19/06/1954		15-Nome do titular do plano ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 37739	19-UF RJ	20-Código CBO 8 801 -
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10255289723	22-Nome do Contratado Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA	23-Número no CRO 37739
24-Nome do Profissional Executante REBECCA MEIRA LOPES ALVARENGA		25-UF RJ	26-Código CBO 8 (1) 85100200 (1) 85100200	27-Valor Total R\$ 0,00

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 Causa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PV	1	88,00	0,00		S			18/08/20 -
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PV	1	88,00	0,00		S			18/08/20 -
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PV	1	88,00	0,00		S			18/08/20 -
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PV	1	88,00	0,00		S			18/08/20 -
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 352,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20 Dr. Rebecca Lopes Cirurgião-Dentista CRO RJ: 37739	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20 Egydio Andrade de Mattos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--