



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ªª



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/08	4-Data de Autorização 09/09/09	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773805	7-Data Validade da Santa 10/08/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

353924
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202529870300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

CAUA DE OLIVEIRA PIMENTA

04/12/2009

ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA

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 -
---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0913147997684	22-Nome do Contratado Execlutante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS
--	--

23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES
---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Execlutante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	27-Número no CRO 48408	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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	0	1	16,1,10,0	10,10,0	11/05/09	11/05/09	11/05/09	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

Declaro que todos os dados declarados estão corretos e verdadeiros, e que os procedimentos realizados foram realizados de acordo com as normas técnicas e éticas da profissão, e que os valores declarados são os valores reais e não os valores estimados ou aproximados.

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

CNPJ - 32423372/0001-11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2018	4-Data de Autorização 10/09/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773755	7-Data Validade da Santa 10/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

353917
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025298703101001011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA	22/09/1982	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA
--	------------	------------------------------	--

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01913479917684	22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	27-Número no CRO 48408	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	18511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VPM	1	12121010	01010	101511015112101	1	101511015112101		8
2-010	18511002216	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPMD	1	12121010	01010	101511015112101	1	101511015112101		8
3-010	18511002218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VPM	1	12121010	01010	101511015112101	1	101511015112101		8
4-111												
5-111												
6-111												
7-111												
8-111												
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 13661010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

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
- Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 101511015112101 Thalita Nunes Oliveira Marcos CRO - RJ 48408	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 101511015112101 Thalita Nunes Oliveira Marcos CRO - RJ 48408	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 101511015112101 Isabela de Oliveira Pimenta CRO - RJ 48408	53-Data, local e Carimbo da Empresa 101511015112101 Pio das Ostras Odonto CNPJ - 32423720004-17
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



371311
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 01/08/10 09/12/10	4. Data de Autorização 01/09/10 09/12/10	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Própria 7853353	7. Data Validação da Série 01/07/11 12/12/10
---------------------------	---	---	------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8. Nome da Criança 010121021521360110101010131015	9. P. Ano POS REDE PRESTADORA
--	----------------------------------

3. Nome
MATHEUS JORGE COSTA SILVA SAYAO

23/04/2008

10. Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11. Data Validade da Carteira 12. Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---

14. Telefone
() - - - - -
15. Nome do titular do plano
GILMAR LUIZ SAYAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RV 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 / CPF 113630764770	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

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	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.	010	81000065			1	134,10	0,10	0,10		01/08/10		Deise Gald
2.	010	84000198			1	135,10	0,10	0,10		01/08/10		Deise Gald
3.	010	84000198			1	135,10	0,10	0,10		01/08/10		Deise Gald
4.	010	84000198			1	135,10	0,10	0,10		01/08/10		Deise Gald
5.	010	84000198			1	135,10	0,10	0,10		01/08/10		Deise Gald
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43. Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Oronodonta 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial	46. Total Quantidade US 1174,10	47. Valor Total R\$ 1010,10	48. Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,10
---	---	--	------------------------------------	--------------------------------	---

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) 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 01/08/10 15/12/10 Ramayana Heringer LAGE Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 01/08/10 15/12/10 Ramayana Heringer LAGE Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/10 15/12/10 Deise Gald Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	53. Data, local e Carimbo da Empresa 01/08/10 15/12/10 Rio das Ostras Intercâmbio CNPJ - 32423372/0001
---	--	---	--

371305
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde13-Nome

ISABELLA COSIA SILVA SAYAU

10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Vaidade da Carteira / /	12-Número do Cartão / /
14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMAR LUIZ SAYAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO	025 - Faturar Empresa
N	RAMAYANA HERINGER LAGE	42544	RJ		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1136307647770
22-Nome do Contratado Executante	RAMAYANA HERINGER LAGE
23-Número no CRO	42544
24-UF	RJ
25-Código CNES	

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

Piano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Codigo 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 ou Causa	42- Classificação
1 0 1 0 1 1 8 1 0 1 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0			1	0 9 / 0 9 / 2 0 1 1		Odontol

[illegible][illegible]

4.		
5.		

A blank sheet of music paper featuring five horizontal staves. Each staff consists of two parallel lines with short vertical tick marks indicating fret positions. The staves are arranged vertically, separated by small gaps. The paper has a clean, white background with no musical notation or other markings.[illegible][illegible]

$\frac{1}{2}$

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totais 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Faturado - Contribuição R\$
			3 4 0 0	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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Chefe de Departamento / Assessor	51-Data, local e Assinatura do Chefe de Departamento / Assessor	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Emprego
10/9/11 09/11/2011 Ramal 42334	10/9/11 09/11/2011 CRO 42334	10/9/11 09/11/2011 Alex Costa	10/9/11 09/11/2011

Rio das Ostras 324233720001-11

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17