

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50211060		7-Data Validade da Senha 10/04/10 13/12/11		435131 INTERCÂMBIO																													
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703000866703577																													
8-Número da Carteira 10031700000000000875034		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PANAR ACCESSORIOS		11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano THIAGO LEITE																															
13-Nome THIAGO LEITE		01/12/1982		14-Telefone () - - - - -		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa																															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES																															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		28-UF RJ		29-Código CBO S																															
28-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES										27-Número no CRO 27412																													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor																													
32-Descrição										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura																							
1-000185300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										HASD		1		13/01/11		X																							
2-000185300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										HAID		1		13/01/11		X																							
3-000185300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										HASE		1		13/01/11		X																							
4-000185300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										HAIE		1		13/01/11		X																							
5-000181000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA												1		13/01/11		X																							
6-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA										13		V		13/01/11		X																							
7-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA										35		O		13/01/11		X																							
8-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA										46		O		13/01/11		X																							
9- / /																X																							
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 469,00		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 13/01/11										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11										53-Data, local e Carimbo da Empresa / /									

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/11 11/12/10

4-Data de Autorização
13/01/11 11/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50209563

7-Data Validade da Senha
12/01/10 12/12/11

8-Número da Carteira
1003700022272103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
709006853448519

13-Nome
SOLANGE TOSTES

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
SOLANGE TOSTES

16-Atendimento a RN
PAULA RIBEIRO GOMES

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08381838754

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

28-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

24-UF
RJ

25-Código CNES

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 da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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

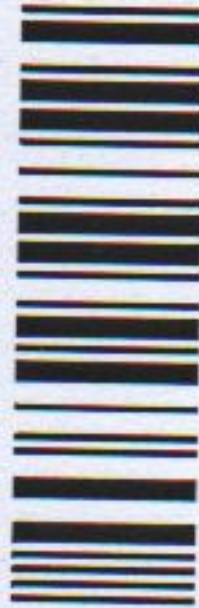
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50209565		7-Data Validade da Senha 12/16/10 21/12/11		430101 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário										11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702008832772281	
8-Número da Carteira 10/03/70 00002312181818										10-Empresa APEFRIO PLPART		15-Nome do titular do plano RODRIGO OLIVEIRA SETTA	
13-Nome BIANCA TOSTES PONCE LEON SETTA										14-Telefone (11) 1111-1111			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754111		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		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
1-0000810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0	0,00		13/01/11	11/21
2-0000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,10	0	0,00		13/01/11	11/21
3-0000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,10	0	0,00		13/01/11	11/21
4-0000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,10	0	0,00		13/01/11	11/21
5-0000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,10	0	0,00		13/01/11	11/21
6-0000851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	90,10	0	0,00		13/01/11	11/21
7-0000851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	90,10	0	0,00		13/01/11	11/21
8-0000000000000											
9-0000000000000											
10-0000000000000											
11-0000000000000											
12-0000000000000											
13-0000000000000											
14-0000000000000											
15-0000000000000											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 379,10	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 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 13/01/11 11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11 11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



432131
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 0 3 / 2 1

6-Número da Guia Principal
50210220

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 2 / 1 2 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 1 / 1 2 / 2 0

1-Registro ANS
406414

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

10-Empresa
RAFAELLA DA MOTTA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 2 7 0 5 1 4 5

15-Nome do titular do plano
RAFAELLA DA MOTTA RIBEIRO GONC

14-Telefone
() / / / / / /

09/01/2002

13-Nome
ADRIANO ANDRADE DE FARIAS JUNI

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

19-UF
RJ

18-Número no CRO
27412

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

25-Código CNES

24-UF
RJ

23-Número no CRO
27412

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

29-Código CBO S

28-UF
RJ

27-Número no CRO
27412

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	12	V	1	9 0,0 0	0,0 0	0,0 0	S	13/01/24	X NoX
1-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	9 0,0 0	0,0 0	0,0 0	S	13/01/24	X NoX
2-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	9 0,0 0	0,0 0	0,0 0	S	13/01/24	X NoX
3-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	9 0,0 0	0,0 0	0,0 0	S	13/01/24	X NoX
4-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	9 0,0 0	0,0 0	0,0 0	S	13/01/24	X NoX
5-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA									
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
4 5 0 0 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 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, 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
13/01/24 X NoX

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/24 X NoX

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / / / / /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/11 21/210

5-Sentia
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50211061

7-Data Validade da Senha
10/04/11 03/1211

8-Número da Carteira
10037994062705129

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
RAFAELLA DA MOTTA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700702994390874

13-Nome
RAFAELLA DA MOTTA RIBEIRO GONC

14-Telefone
(11) 1111111111

15-Atendimento a RN
N

16-Atendimento a Operadora / CNPJ / CPF
108381838754

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
108381838754

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

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 da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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.

6

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435333
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 5 / 0 3 / 2 1

6-Número da Guia Principal
50211114

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 5 / 1 2 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 5 / 1 2 / 2 0

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		15-Nome do titular do plano CELIA REGINA HENRIQUES	
14-Telefone () / / / / / /		13-Nome CELIA REGINA HENRIQUES	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		15/03/1962	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 3 8 1 8 3 8 7 5 4		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		28-UF RJ		29-Código CBO S			

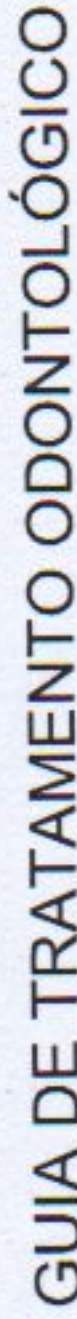
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1-0 0 1 8 1 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 1 0 0				14/01/21	X
2-0 0 1 8 5 4 0 0 4 6 7		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	24		1	6 7 1 0 0				14/01/21	X
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 1 0 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, 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 14/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / /
--	---	---	--

424761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
22/11/2020

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50207699

7-Data Validade da Senha
20/12/21

8-Número da Carteira
003700032424097

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708601533478184

13-Nome
ANA PAULA DA SILVA MARTINS

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ANA PAULA DA SILVA MARTINS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08381838754

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

28-UF
RJ

29-Código CBO S

25-Código CNES

20-Código CBO S

30-Tabella

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 11/12/10		4-Data de Autorização 12/3/11 01/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50201108		7-Data Validade da Senha 12/10/11 11/12/11		403203 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 10037000000319956601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PARTNER S COMERCIO REPRES		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700200908635624															
13-Nome RITA DE CASSIA DE CASTRO TEIXE																							
14-Telefone () 11 11 11 11 11 11																							
15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA DE CASTRO TEIXE																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		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	
1-000181000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		1		47100		0100		0100		S		14/10/11 21		Lina	
2-000185300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		1		38100		0100		0100		S		14/11/11 21		Lina	
3-000185300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		1		38100		0100		0100		S		14/11/11 21		Lina	
4-000185300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		1		38100		0100		0100		S		14/11/11 21		Lina	
5-000185300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		1		38100		0100		0100		S		14/11/11 21		Lina	
6-1111111111																							
7-1111111111																							
8-1111111111																							
9-1111111111																							
10-1111111111																							
11-1111111111																							
12-1111111111																							
13-1111111111																							
14-1111111111																							
15-1111111111																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		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-Valor Total R\$ 1199100		47-Valor Total R\$ 1199100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1199100													

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 no 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 11/11/11 11/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/11 11/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/11 11/11		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11	
---	--	---	--	---	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 12/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50210507		7-Data Validade da Senha 10/2/10 3/12/11	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 1003700002085366411		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 207942765920003	
13-Nome MARIA DO SOCORRO DA SILVEIRA R		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano HUMBERTO EDUARDO DA SILVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		28-UF RJ		29-Código CBO S		801 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-10		085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		44		V	
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		45-Tipo de Faturamento 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(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 13/11/11									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/11									
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /									

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

435387
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 12/12/10		4-Data de Autorização 10/05/11 12/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50211122		7-Data Validade da Senha 10/05/11 03/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004786038212	
8-Número da Carteira 100379994061320177		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNDO CONTABIL ASS		11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano SIMONE DE ALMEIDA FRAGOSO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004786038212	
13-Nome PEDRO LUIZ PEREIRA MACHADO		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Data de Realização 16/12/12		31-Data de Realização 16/12/12		32-Motivo da Glosa 42-Assinatura xmp	

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	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1	1	1	34,00	0,00	0,00	16/12/12	16/12/12	xmp
2-0	085400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	24	1	1	167,00	0,00	0,00	16/12/12	16/12/12	xmp
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	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 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 16/12/12		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/12		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/12		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	---	--	--	--



2-Nº



435127
INTERCÂMBIO

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solidante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES				27-Número no CRO 27412		28-UF RJ		29-Código CBO S	

[illegible]

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 0 0 0 0 0
47-Valor Total R\$	0 0 0 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	16/11/2011	Paulo A.
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	16/11/2011	Paulo A.
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	16/11/2011	Paulo A. de Souza
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/11/11	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
0 2 / 1 1 2 / 1 2 0 1

4-Data de Autorização
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0 1

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50210393

7-Data Validade da Senha
0 2 / 1 0 3 / 1 2 1 1

8-Número da Carteira
1 0 0 3 7 9 9 4 0 6 2 5 1 1 5 6 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703202648643890

13-Nome
MARISTELLA GUARINO DO CARMO

14-Telefone
(1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1

15-Nome do titular do plano
MARISTELLA GUARINO DO CARMO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 8 3 8 1 8 3 8 7 5 4 1 1 1

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

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 da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
1 1 / 1 1 / 1 1

44-Tipo de Atendimento
1 1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1 1 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
4 3 6 1 0 0 1

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
Enviar rx inicial e final na produção do dente 12 e 24.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
1 6 / 1 1 2 / 1 1 1 1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 6 / 1 1 2 / 1 1 2 0 + 1 1 1 1 1 1 1 1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 6 / 1 1 2 / 1 1 2 0 + 1 1 1 1 1 1 1 1

53-Data, local e Carimbo da Empresa
1 1 / 1 1 / 1 1 1 1

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.



2-Nº

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	<u>16/11/20</u>	<u>16/11/20</u> x <u>Cirurgião M. S.</u>	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>



432127
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 12/12/10	4-Data de Autorização 10/11/12 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210217	7-Data Validade da Senha 10/11/10 13/12/11
Dados do Beneficiário			10-Empresa PREVIRB	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706904112964736
8-Número da Carteira 100373323000060019	9-Plano POS REDE PRESTADORA	15-Nome do titular do plano ADELMO DE OLIVEIRA ALVES			
13-Nome ANDREA SERGIO DE OLIVEIRA ALVE	13/10/1967	14-Telefone (11) 11111111			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			801 - Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CBO S	26-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	28-UF RJ	29-Código CBO S		

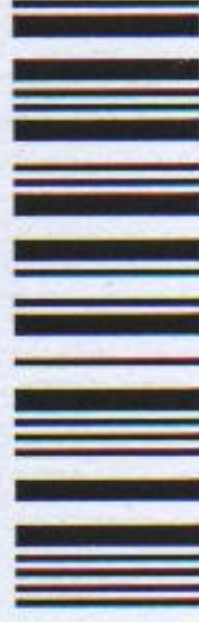
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	1	90,00	0,00	0,00	S	16/11/20		X Rubeif
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	1	90,00	0,00	0,00	S	16/11/20		X Rubeif
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 1180,00	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(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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 X Rubeif S. O. Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/10 10/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50200463

7-Data Validade da Senha
11/01/11 12/11

8-Número da Carteira
1003700000023088101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700601969409567

13-Nome
JORGE LUIZ DE ALMEIDA AMARAL J

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
JORGE LUIZ DE ALMEIDA AMARAL J

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
108381838754

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

20-Código CBO S

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

25-Código CNES

27-Número no CRO
27412

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabella

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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.

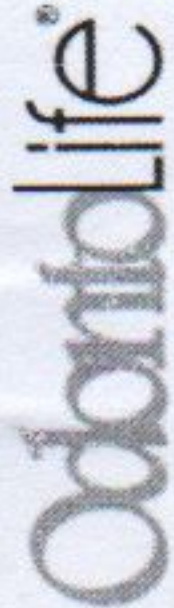
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

395238
INTERCÂMBIO

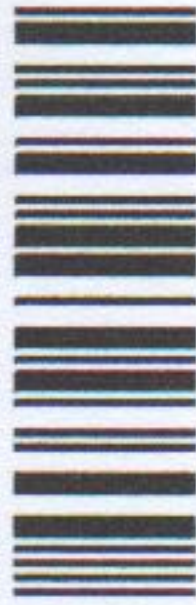
1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 1 3 1 1 0 1 2 0 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198726		7-Data Validade da Senha 1 1 1 1 0 1 1 2 1 1	
8-Número da Carteira 1 0 0 3 7 3 3 2 3 0 0 0 0 6 0 0 1 9 1 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PREVIRB		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706904112964736	
13-Nome ANDREA SERGIO DE OLIVEIRA ALVE		13/10/1967		14-Telefone (1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		15-Nome do titular do plano ADELMO DE OLIVEIRA ALVES			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 8 3 8 1 8 3 8 7 5 4 1 1 1 1		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		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	
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0 1		RESTAURAÇÃO RESINA		44		OM		1	
2-1									
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									
43-Data Previsão Término do Tratamento									
44-Tipo de Atendimento									
45-Tipo de Faturamento									
46-Tipo de Faturamento									
47-Valor Total R\$									
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	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

416152
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/08/2021

6-Número da Guia Principal
50205174

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/11/2021

3-Data de Emissão da Guia
11/01/2021

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000023855013	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701209090223410
--	---	-------------------------------------	--

13-Nome ROSELANE DOS SANTOS THEDIM	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSELANE DOS SANTOS THEDIM
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	28-UF RJ	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-0085400505	REMOCAO DE TRABALHO	46	1	1	1	1	1	0,00	S	01/12/20	X
2-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	1	1	1	0,00	S	01/12/20	X
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 273,00	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 01/12/20 Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/20 Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--