



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



406788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 10:12:10	4-Data de Autorização 12/08/11 10:12:10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202152	7-Data Validade da Senha 12/05/11 11:21
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1003179994065487750	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702105715577993
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome RAQUEL CONCEICAO DE SOUZA MAGA	14-Telefone (21) 9820-51334	15-Nome do Titular do plano RAQUEL CONCEICAO DE SOUZA MAGA
---	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante Cláudia Leal	18-Número no CNO 34099-28297	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	---	---------------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora (CNU) / CPF 095406517784	22-Nome do Contratado Executante PEDRO BERNARDES LOPES REGO	23-Número no CRO 34099	24-UF RJ	25-Código CNES 29-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante PEDRO BERNARDES LOPES REGO	27-Número no CRO 34099	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-Moeda da Divisa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	15A1	1	1	178,00	2340,00		S	05/11/2010	R\$	
2-0	08100294	LEVANTAMENTO	15A1	1	1	212,00	1660,00		S	05/11/2010	R\$	
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 05/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 310,00	47-Valor Total R\$ 51900,00	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 a 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 05/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/10	53-Data, local e Campo da Empresa 05/11/10
---	---	---	---

24x



430232
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/01/11 11/20	4-Data de Autopreenço 3/01/11 11/20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8100015	7-Data Validade da Guia 2/8/02/11 2/11
8-Número da Carteira 0101202511022030070601	9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 15/05/1984	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome JOSE LUIZ PIRES JUNIOR
14-Data Validade da Carteira (2/11)	15-Nome do titular do plano JOSE LUIZ PIRES JUNIOR	16-Endereço a RN DATA X CLINICA DE IMAGINOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA	17-Número no CRO 34099	18-Código CRO S 025 -	19-Data Validade da Carteira 2/8/02/11 2/11
20-Código no Operador / CNPJ / CPF 095406517814	21-Nome do Contratado Específico PEDRO BERNARDES LOPES REGO	22-Número no CRO 34099	23-Número no CRO 34099	24-Código CNES RJ	25-Código CRO S RJ
26-Nome do Profissional Específico PEDRO BERNARDES LOPES REGO	27-Número no CRO 34099	28-UF RJ	29-Código CRO S RJ	30-UF RJ	31-Código CRO S RJ

30-Teleta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00081000294	LEVANTAMENTO	ASAI	1	22200	6060	532011120	4					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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\$
30/04/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	22200	6060	

43-Data Previsto Término do Tratamento 3/01/11 11/20	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-Total Quantidade US 122200	47-Valor Total R\$ 6060	48-Total Franquia / Co-participação R\$
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 3/01/11 11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3/01/11 11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 3/01/11 11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 3/01/11 11/20					

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 a 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



2-N



26-Name do Profissional Exercente
PEDRO BERNARDES LOPES REGO

43-Data Previsto Término do Tratamento49-Observations

8	1	1	1
---	---	---	---

8/2/8

07/05

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

DATA X CLINICA DE IMAGINOLOGIA E DOC. ODONTOLÓGICA S.A.



Interfusão para vida melhor

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



449100
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8177598	7-Data Validade da Santa 10/07/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020225075029000233011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa J MALUCELLI PARTICIPACOES EM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROBERTHA CUNHA MENDONCA	21/05/1994	14-Telefone (11) 61121-10378	15-Nome do Titular do plano ROBERTHA CUNHA MENDONCA
------------------------------------	------------	---------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DATA X CLINICA DE IMAGINOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 34099-11623	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	---	---------------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09540657784	22-Nome do Contratado Executante PEDRO BERNARDES LOPES REGO	23-Número no CRO 34099-2332	24-UF RJ	25-Código CHES (1) 81000405
--	--	--------------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante PEDRO BERNARDES LOPES REGO	27-Número no CRO 34099	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	6542	1	1	78,00	23,40			12/01/2011		
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 Previsto Término do Tratamento 12/01/2011	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 78,00	47-Valor Total R\$ 23,40	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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2011 ROBERTHA CUNHA MENDONCA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/2011
---	---	---	---

DATA E CLINICA DE IMAGINOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA
DATA E CLINICA DE IMAGINOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



459123
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/11/01/21		4-Dia de Autorização 21/11/01/21		5-Semina AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8217958		7-Dia Validada da Guia 12/11/01/21	
8-Número da Carteira 0101210215097840011875301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Dia Validada da Carteira 11/11/01/21		12-Número da Carteira Nacional de Saúde			
13-Nome VINICIUS ASSUNCAO ALBRICKER		14-Telefone (21) 998702707		15-Nome do titular do plano VINICIUS ASSUNCAO ALBRICKER		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DATA X CLINICA DE IMAGINOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09540657784		22-Nome do Contratado Executante PEDRO BERNARDES LOPES REGO		23-Número no CRO 34099		24-UF RJ		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa			
26-Nome do Profissional Executante PEDRO BERNARDES LOPES REGO		27-Número no CRO 34099		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados			

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO	ASAI	1	1	222,00	66,60		5	22/02/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/01/21	44-Tipo de Atendimento 21-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 66,60	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), tolham 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
22/11/01/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/11/01/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/11/01/21

53-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde
22/11/01/21