



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

296902 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data da Autorização	4-Data da Guia Principal	5-Semana	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Semha
406414	0 5 / 0 3 / 2 0 1	1 2 / 4 / 0 4 / 1 2 0 1	AUTORIZADO		7456672	0 3 / 0 6 / 2 0 1

Dados do Beneficiário

B-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 0 5 7 4 0 0 0 0 1 0 1	10-Empresa POS REDE PRESTADORA	11-Dia Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---	--	--

12-Nome

[illegible]

Indon da Convidado Responsável pelo Tratamento

16- Aposentado a R/R	17- Nome do Profissional Solicitante	18- UF	19- UF	20- Código CBO S
N	FLAVIO VIEIRA GONCALVES	278/25	RJ	025 -

--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10711516290770
22-Nome do Contratado Excludente	FLAVIO VIEIRA GONCALVES
23-Número no CRO	27825
24-UF	RJ
25-Código CNES	

1	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

27-Número do CRO	28-JUF	29-Código CRO S
27825	RJ	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

1-Dati Previsão Término do Tratamento

[illegible]

reclaro, 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), 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.

3. Observations

Anexar rx final do núcleo e foto final das coroas para análise na produção.

[illegible]

12-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

Dentista

Ministero della Sanità e Assistenza Sociale

alra Gou... 51-Data-10

do Cirurgião-Dentista Solimaney

50-4000, 10000, 100000, 1000000



232

291979
INTERCAMBIO

--	--

41- Motivo da Causa 42- Assinatura

18. Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações estabelecidas no presente 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 estabelecidos no presente contrato, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

233721000171

49. Observação

RG-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	RG-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	RG-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	SS-Dado local e Caimento de Empresa
Gonçalves Vieira Flávio Giurgialo CRO - 27825	Gonçalves Vieira Flávio Giurgialo CRO - 27825	Gonçalves Vieira Flávio Giurgialo CRO - 27825	Ostras Rio das 2100017 11-3247331 CNPJ



24

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OdontoLife®

www.dukeupress.edu

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12 1 1 0 2 1 2 0	4-Data de Autorização 12 1 1 0 2 1 2 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50154455	7-Data de Vencimento 12 1 1 0 5 1 2 0	INTERCAMBIO
8-Dados do Beneficiário B-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 9 4 4 3 7 3 6			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresarial QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 705007293547159
13-Nome GABRIEL DAMES LEAL			14-Telefone (1 1 1 1 1 1 1 1) - 1 1 1 1 1 1		15-Nome do titular do plano GABRIEL DAMES LEAL	
16-Data de Emissão da Guia 03/03/2002						

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Mendicamento a RM		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número na CRO		19-UF		20-Código CRO S	
N				FLAVIO VIEIRA GONCALVES		27825		RJ		801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número na CRO		24-UF		25-Código CNEIS		Faturar Empresa	
1071562910771011		FLAVIO VIEIRA GONCALVES		27825		RJ				Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Excitante		27-Número na CRO		28-UF		29-Código CRO S				(I) 85100226	
FLAVIO VIEIRA GONCALVES		27825		RJ						(I) 85100200	

[illegible][illegible]

☐ / ☐ / ☐

☐ 1- Tratamento odontológico - zircão/corona/capotação

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 assumido(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 estabelecidos neste mesmo contrato.

relativos ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
49-Observação	mes

49-Observação

[illegible]

50 - Carta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante.

13/03/12 21825/12/03/12 Flávio Ciríaco 21825

CH₃CO

calves

Gonçalves

010424
Vieira Dentis
Vio - 2025

Cirurgião 27825

On GRO

Fonte: Instituto Brasileiro de Planejamento e Desenvolvimento.

3. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/15/2017

adorno

Odontoblasts

das Ostras 00001-17

Rio das 27423372000

CNPJ - 324730



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



301212
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/10/16 12:01

6-Número da Guia Principal
50158853

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/10/13 12:01

3-Data de Emissão da Guia
13/10/13 12:01

1-Registro AHS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
003700000029437361

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
705007293547159

13-Data Validade da Sanha
11/10/16 12:01

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome

GABRIEL DAMES LEAL

16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

FLAVIO VIEIRA GONCALVES

17-Atendimento a RM

FLAVIO VIEIRA GONCALVES

18-Número no CRO
27825

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código CBO S
801 -

22-Nome do Contratado Executante

FLAVIO VIEIRA GONCALVES

23-Data de Realização

20/10/13 20

24-UF
RJ

25-Código CBO S
801 -

26-UF
RJ

27-Código CBO S
801 -

28-UF
RJ

29-Código CBO S
801 -

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Quantidade US

34-Faz

35-Old

36-Valor

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Toda Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Observação

50-Data base e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data base e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data base e Assinatura do Beneficiário / Responsável