

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



480339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 12/11		4-Data de Autorização 12/06/10 12/11		5-Semina AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8309890		7-Data Validade da Semina 11/09/10 15/12/11	
8-Atividade de Classe 010202531541451010101011		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 DIEGO ARMANDO RODRIGUES ALVARENGA											
14-Telefone (11) 11111111											
15-Data de Nascimento 26/04/1991											
16-Atendimento a RH DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
17-Atividade do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
18-Atividade do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
19-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
20-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
21-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
22-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
23-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
24-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
25-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
26-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
27-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
28-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
29-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
30-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
31-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
32-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
33-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
34-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
35-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
36-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
37-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
38-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
39-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
40-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
41-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
42-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
43-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
44-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
45-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
46-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
47-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
48-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
49-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
50-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
51-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
52-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
53-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
54-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
55-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
56-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
57-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
58-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
59-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
60-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
61-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
62-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
63-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
64-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
65-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
66-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
67-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
68-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
69-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
70-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
71-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
72-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
73-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
74-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
75-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
76-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
77-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
78-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
79-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
80-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
81-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
82-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
83-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
84-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
85-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
86-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
87-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
88-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
89-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
90-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
91-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
92-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
93-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
94-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
95-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
96-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
97-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
98-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
99-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											
100-Atividade do Profissional Encarregado DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO											

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

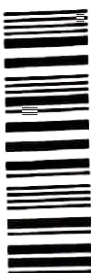
45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/01/10 21/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/01/10 21/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
21/01/10 21/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa



1-Região ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/09/2012

4-Data de Autorização
10/09/2012

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8284744

7-Data Validade da Santa
11/01/15

8-Número da Carteira
101020253541145000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DIEGO ARMANDO RODRIGUES ALVARENGA

26/04/1991

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
DIEGO ARMANDO RODRIGUES ALVARENGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RUI
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

18-Número no CRO
33450

19-UF
RJ

20-Código CBO 5

21-UF
RJ

22-Código CNES

025 -
Faturar Empresa

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
110119038167154

24-Nome do Contratado Executante
DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

25-Número no CRO
33450

26-UF
RJ

27-Código CBO 5

28-Nome do Profissional Executante
DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

33-Denúncia
CONSULTA ODONTOLÓGICA

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
147,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

30-Tabella
31-Código do Procedimento
1010181000065

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Denúncia
CONSULTA ODONTOLÓGICA

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
147,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
2010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
3010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
5010185300047

32-Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Denúncia
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa
1

35-CMD
1

36-Quantidade US
38,00

37-Valor
0,00

38-Franchise Co-participação R\$
5,00

39-Aut
5,00

40-Data de Realização
11/01/12

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Diego

31-Código do Procedimento
501018

465998
INTERCÂMBIO

—

7-Data Validade da Sanha
13/04/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRA DA COSTA SANTOS



20-Código CBO 5	025 -	Faturar Empre
-----------------	-------	---------------

	25-Código CNE/S
--	-----------------

29-Cdd/igo CBO S

38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut

[illegible]

100

[illegible][illegible]

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

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

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

[illegible][illegible]

ggar em meu nome e por minha conta, ao proi

53-Data, local e Carimbo da Empresa

DATE _____

4666788
INTERCÂMBIOALEXANDRA DA COSTA SANTOS

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

5/11/2021

Dedarei, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), autorizam realizad(o)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.

Dedarei, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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.

5ª Data, local e Assinatura do Cúpula-Deputado	13/11/2019	Dionisio S. Lago
5ª Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	16/11/2019	Ottomirina da Costa
5ª Data, local e Carimbo da Empresa	17/11/2019	


464973
INTERCÂMBIO

Transfere para você sorrir

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/10

4-Data de Autorização
02/10/12

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8247149

7-Data Validade da Senha
12/08/14

8-Data de Beneficiário

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
REJANE OLIVEIRA DE PAULA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
REJANE OLIVEIRA DE PAULA

16-Data de Nascimento
05/10/1979

17-Data Validade da Guia

18-Data Validade da Guia

19-Data Validade da Guia

20-Data Validade da Guia

21-Data de Nascimento

22-Data de Nascimento

23-Data de Nascimento

24-Data de Nascimento

25-Data de Nascimento

26-Data de Nascimento

27-Data de Nascimento

28-Data de Nascimento

29-Data de Nascimento

30-Data de Nascimento

31-Data de Nascimento

32-Data de Nascimento

33-Data de Nascimento

34-Data de Nascimento

35-Data de Nascimento

36-Data de Nascimento

37-Data de Nascimento

38-Data de Nascimento

39-Data de Nascimento

40-Data de Nascimento

41-Data de Nascimento

42-Data de Nascimento

43-Data de Nascimento

44-Data de Nascimento

45-Data de Nascimento

46-Data de Nascimento

47-Data de Nascimento

48-Data de Nascimento

49-Data de Nascimento

50-Data de Nascimento

51-Data de Nascimento

52-Data de Nascimento

53-Data de Nascimento

54-Data de Nascimento

55-Data de Nascimento

56-Data de Nascimento

57-Data de Nascimento

58-Data de Nascimento

59-Data de Nascimento

60-Data de Nascimento

61-Data de Nascimento

62-Data de Nascimento

63-Data de Nascimento

64-Data de Nascimento

65-Data de Nascimento

66-Data de Nascimento

67-Data de Nascimento

68-Data de Nascimento

69-Data de Nascimento

70-Data de Nascimento

71-Data de Nascimento

72-Data de Nascimento

73-Data de Nascimento

74-Data de Nascimento

75-Data de Nascimento

76-Data de Nascimento

77-Data de Nascimento

78-Data de Nascimento

79-Data de Nascimento

80-Data de Nascimento

81-Data de Nascimento

82-Data de Nascimento

83-Data de Nascimento

84-Data de Nascimento

85-Data de Nascimento

86-Data de Nascimento

87-Data de Nascimento

88-Data de Nascimento

89-Data de Nascimento

90-Data de Nascimento

91-Data de Nascimento

92-Data de Nascimento

93-Data de Nascimento

94-Data de Nascimento

95-Data de Nascimento

96-Data de Nascimento

97-Data de Nascimento

98-Data de Nascimento

99-Data de Nascimento

100-Data de Nascimento

101-Data de Nascimento

102-Data de Nascimento

103-Data de Nascimento

104-Data de Nascimento

105-Data de Nascimento

106-Data de Nascimento

107-Data de Nascimento

108-Data de Nascimento

109-Data de Nascimento

110-Data de Nascimento

111-Data de Nascimento

112-Data de Nascimento

113-Data de Nascimento

114-Data de Nascimento

115-Data de Nascimento

116-Data de Nascimento

117-Data de Nascimento

118-Data de Nascimento

119-Data de Nascimento

120-Data de Nascimento

121-Data de Nascimento

122-Data de Nascimento

123-Data de Nascimento

124-Data de Nascimento

125-Data de Nascimento

126-Data de Nascimento

127-Data de Nascimento

128-Data de Nascimento

129-Data de Nascimento

130-Data de Nascimento

131-Data de Nascimento

132-Data de Nascimento

133-Data de Nascimento

134-Data de Nascimento

135-Data de Nascimento

136-Data de Nascimento

137-Data de Nascimento

138-Data de Nascimento

139-Data de Nascimento

140-Data de Nascimento

141-Data de Nascimento

142-Data de Nascimento

143-Data de Nascimento

144-Data de Nascimento

145-Data de Nascimento

146-Data de Nascimento

147-Data de Nascimento

148-Data de Nascimento

149-Data de Nascimento

150-Data de Nascimento

151-Data de Nascimento

152-Data de Nascimento

153-Data de Nascimento

154-Data de Nascimento

155-Data de Nascimento

156-Data de Nascimento

157-Data de Nascimento

158-Data de Nascimento

159-Data de Nascimento

160-Data de Nascimento

161-Data de Nascimento

162-Data de Nascimento

163-Data de Nascimento

164-Data de Nascimento

165-Data de Nascimento

166-Data de Nascimento

167-Data de Nascimento

168-Data de Nascimento

169-Data de Nascimento

170-Data de Nascimento

171-Data de Nascimento

172-Data de Nascimento

173-Data de Nascimento

174-Data de Nascimento

175-Data de Nascimento

176-Data de Nascimento

177-Data de Nascimento

178-Data de Nascimento

179-Data de Nascimento

180-Data de Nascimento

181-Data de Nascimento

182-Data de Nascimento

183-Data de Nascimento

184-Data de Nascimento

185-Data de Nascimento

186-Data de Nascimento

187-Data de Nascimento

188-Data de Nascimento

189-Data de Nascimento

190-Data de Nascimento

191-Data de Nascimento

192-Data de Nascimento

193-Data de Nascimento

194-Data de Nascimento

195-Data de Nascimento

196-Data de Nascimento

197-Data de Nascimento

198-Data de Nascimento

199-Data de Nascimento

200-Data de Nascimento

201-Data de Nascimento

202-Data de Nascimento

203-Data de Nascimento

204-Data de Nascimento

205-Data de Nascimento

206-Data de Nascimento

207-Data de Nascimento

208-Data de Nascimento

209-Data de Nascimento

210-Data de Nascimento

211-Data de Nascimento

212-Data de Nascimento

213-Data de Nascimento

214-Data de Nascimento

215-Data de Nascimento

216-Data de Nascimento

217-Data de Nascimento

218-Data de Nascimento

219-Data de Nascimento

220-Data de Nascimento



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

51-Data, local e Assinatura do Conselho Diretivo
12/01/2021/Elton Sales

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/01/2014 Sr. Ana Paula

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



450613
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/11 4-Data de Autenticação 10/11/02 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8182788 7-Data Validade da Série 11/11/04 12-Data Validade da Guia 11/11/02

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021523192370003118011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço GZC ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 11/11/04 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUSSIARA MOURA MAGALHAES

05/02/1966

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JUSSIARA MOURA MAGALHAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 18-Número no CRO 33450 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11011903867514 22-Nome do Contratado Escrivão DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 23-Número no CRO 33450 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Escrivão DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 27-Número no CRO 33450 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Valor					
1-00	1810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00			11/10/11	12/11	11,00					
2-00	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00			11/10/11	12/11	11,00					
3-00	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00			11/10/11	12/11	11,00					
4-00	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00			11/10/11	12/11	11,00					
5-00	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	38,00	0,00			11/10/11	12/11	11,00					
6-1																	
7-1																	
8-1																	
9-1																	
10-1																	
11-1																	
12-1																	
13-1																	
14-1																	
15-1																	
33-Data Prevista Término do Tratamento												44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
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.

49-Observação

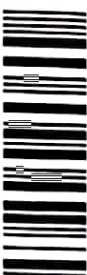
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Pados do Beneficiário

LAKESSA D

2

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

1500000

2000

2-111

11

15-1111

1

8-11111

111

11111

Page 10

1111

rentes ao tratamento

Assinatura do

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4°



460063
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/12/01 11/12/11 3-Dia de Autuação 26/11/01 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8224281 7-Dia Validade da Senha 12/12/01 14/12/11

8-Nome do Beneficiário 10-Data Validade da Carteira 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

9-Nome da Carteira 10-EMPRESA DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEONARDO JUNIOR DA SILVA SERRA 14-Data Validade da Carteira 15-Data Validade da Carteira 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira

21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira

25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira

29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira

33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira

37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira

41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira

45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira

49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira

53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira

57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira

61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira

65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira

69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira

73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira

77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira

81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira

85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira

89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira

93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira

97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

101-Data Validade da Carteira 102-Data Validade da Carteira 103-Data Validade da Carteira 104-Data Validade da Carteira

105-Data Validade da Carteira 106-Data Validade da Carteira 107-Data Validade da Carteira 108-Data Validade da Carteira

109-Data Validade da Carteira 110-Data Validade da Carteira 111-Data Validade da Carteira 112-Data Validade da Carteira

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 Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 61-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 63-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 65-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 67-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 68-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 69-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 71-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 72-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 73-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 75-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 76-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 77-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 79-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 80-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 81-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 83-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 84-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 85-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 87-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 88-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 89-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 91-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 92-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 93-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

2-N

467462
INTERCÂMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



461842
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 4066414 3-Dia de Emissão da Guia 12/5/10 11/12/11 4-Dia de Autenticação 08/10/21/21 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8232757 7-Dia Validade da Guia 12/5/10 14/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 00020215336116300000101011 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANESSA CARDOSO DA SILVA 22/12/1986 14-Telefone (11) 33450 15-Nome do titular do plano VANESSA CARDOSO DA SILVA

16-Atendimento a RV 17-Atendimento do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 18-UF RJ 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 11011903186754 22-Atividade do Contratado Excludente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 23-Número no CBO 33450 24-UF RJ 25-Código CNES 33450 26-Código CBO S (1) 85100200

27-Atividade do Profissional Excludente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 28-UF RJ 29-Código CBO S 33450 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Matéria da Guia 42-Assinatura

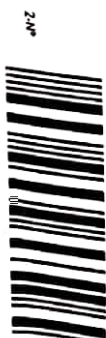
30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Dia	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Matéria da Guia	42-Assinatura
1-00	18.51.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	9.00	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
2-00	18.51.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	9.00	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
3-00	18.51.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	1.30	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
4-00	18.51.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IV	1	1.30	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
5-00	18.51.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	9.00	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
6-00	18.51.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	9.00	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
7-00	18.51.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	9.00	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
8-00	18.51.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	1.30	0.00	11.50	01/02/11	11	11	11
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto 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 1789.00 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 52-Dia, local e Assinatura do Profissional 53-Dia, local e Assinatura da Empresa

[illegible]

436394.

13- Nome MARIA TUANE FERREIRA		19/12/1992		14- Lufatone ()		15- Nome do titular do plano MARIA TUANE FERREIRA	
C-1- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		16- Número no CRO 33450		18- UF RJ		20- Código CBO S 025 -	
15- Alinhamento a RPI N		17- Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		21- Número no CRO 33450		23- Código CBO S 025 -	
21- Código de Operador / CBO / CPF 1101190386754		22- Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		24- UF RJ		26- Código CBO S 025 -	
26- Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		27- Número no CRO 33450		28- UF RJ		29- Código CBO S 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA					47,00	0,00
2- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD				38,00	0,00
3- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE				38,00	0,00
4- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE				38,00	0,00
5- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID				38,00	0,00
6- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
7- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
8- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
9- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
10- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
11- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
12- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
13- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
14- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
15- 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7							
43- Data Previsto Término do Tratamento		44- Tipo de Alinhamento		45- Tipo de Alinhamento		46- Total Quantidade US	
1- 1- Tratamento Ortodôntico 2- Exame Radiológico 3- Oclusão 4- Lupa 5- Energia		1- 1- Tratamento Ortodôntico 2- Exame Radiológico 3- Oclusão 4- Lupa 5- Energia		1- 1- Tratamento Ortodôntico 2- Exame Radiológico 3- Oclusão 4- Lupa 5- Energia		1- 1- Tratamento Ortodôntico 2- Exame Radiológico 3- Oclusão 4- Lupa 5- Energia	
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), (autoriza) 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 Contratado-Donatário		51- Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário		52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53- Data, local e Carimbo da Empresa	
11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2*



461097
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414 2-Data de Emissão da Guia 12/5/01 3-Data de Autorização 12/6/01 4-Semana AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8228976 6-Data Validade da Guia 12/5/01 7-Data Validade da Guia 12/5/01 8-Data Validade da Guia 12/5/01

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/5/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KARINA MACHADO DE OLIVEIRA 14-Telefone 021/111982 15-Nome do titular do plano KARINA MACHADO DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 18-Número no CRO 33450 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85200158-27 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11011903186754 22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 23-Número no CRO 33450 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 27-Número no CRO 33450 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabulei	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregião	34-Face	35-Ont	36-Quantidade US	37-Vador	38-Franchua/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	01852001158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27	1	1	710,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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 Prevista Término do Tratamento 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 1710,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchua / Co-participação R\$ 49-Descrição

50-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

modulo de Oliveira

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



473468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
10/09/2012

4-Data de Autorização
12/09/2012

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
8284290

7-Data Validade da Sineta
11/09/2015

8-Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira
1010201252611523001112011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
VHS/S SISTEMA DE GESTAO S A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MAGDA DAMASCENA PIMENTA DE MORAES

28/03/1991

15-Nome do titular do plano
MAGDA DAMASCENA PIMENTA DE MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RU
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

18-Número no CRO
33450

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11011903867514

22-Nome do Contratado Executante
DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

23-Número no CRO
33450

24-UF
RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

27-Número no CRO
33450

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Med	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Autorização
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	14,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
					19,90	0,00	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.

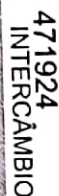
49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

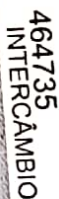
53-Data, local e Carimbo da Empresa

50-Dala, local • Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Funcionário-Delante

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

33-0661, Local & Cellular Osseointegration



Alvenda
Alvenda

2.4.4

470335
INTERCÂMBIO

Furniture

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4r



451161
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/12 4-Data de Autorização 11/01/12 5-Semra AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 8184755 7-Data Validade da Semra 11/10/14 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

8-Numero da Carteira 000202534312200000010031 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/10/14 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CELIO LUCAS DE SOUZA SILVA 14-Telefone 27/03/2012 15-Nome do titular do plano CELIO DE PAULA SILVA 16-Numero no CRO 33450 17-UF RJ 18-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 81000421- 19-Numero no CRO 33450 20-UF RJ 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110190386754 22-Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 23-Numero no CRO 33450 24-UF RJ 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 27-Numero no CRO 33450 28-UF RJ 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia	34-Peso	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura						
1-00	0185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	19,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
2-00	0185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	19,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
3-00	0185110020200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0V	1	113,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
4-00	0185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	19,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
5-00	0185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	19,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
6-00	0185110020200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0V	1	113,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
7-00	01810004211	RX PERIAPICAL	RPSPD	1	1	12,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
8-00	0185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	19,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
9-00	0185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	74	0	1	19,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00						
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/12														44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonta 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 1794	47-Valor Total R\$ 10100	48-Totál Franquia / Co-participação R\$
49-Observação														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, 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.				
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 Canto da Empresa		

Declaro, que após ter sido devidamente esadecido 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 Conselho-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Odontolife

It's quality, it's our way

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



451188
INTERCÂMBIO

1.º Registro ANS 406414 3.º Data de Emissão da Guia 11/11/2011 4.º Data de Autorização 18/03/1992 5.º Status AUTORIZADO 6.º Número da Guia Principal 8184834 7.º Data Validade da Guia 11/11/2011 12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8.º Nome da Criança 0002020534312200000101021 9.º Plano POS REDE PRESTADORA 10.º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11.º Data Validade da Carteira 11/11/2011 12.º Nome do titular do plano CÉLIO DE PAULA SILVA

13.º Nome GISELE ANDRADE DOS SANTOS SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15.º Atendimento a RV N 17.º Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 18.º Número no CNO 33450 19.º UF RJ 20.º Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101190386754 22.º Nome do Contratado Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 23.º Número no CNO 33450 24.º UF RJ 25.º Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 85100200

26.º Nome do Profissional Executante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 27.º Número no CNO 33450 28.º UF RJ 29.º Código CBO S 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Tabela	31.º Código do Procedimento	32.º Descrição	33.º Dente/Região	34.º F-sec	35.º Qtd	36.º Quantidade US	37.º Valor	38.º Franquia/Co-participação R\$	39.º Aliq	40.º Data de Realização	41.º Nome da Clínica	42.º Assinatura
1.º	00	81000421-1	RX PERIAPICAL		1	12,8	10,00					
2.º	00	81000421-1	RX PERIAPICAL		1	2,8	10,00					
3.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,0	10,00					
4.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,0	10,00					
5.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,0	10,00					
6.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,0	10,00					
7.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1,3	10,00					
8.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1,3	10,00					
9.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1,3	10,00					
10.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1,3	10,00					
11.º	00	81000421-1	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,0	10,00					
12.º												
13.º												
14.º												
15.º												

43.º Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2011 44.º Tipo de Atendimento 1.º Tratamento Odontológico 2.º Exame Radiológico 3.º Odontologia 4.º Urgência/Emergência 45.º Tipo de Faturamento 1.º Total 2.º Parcial 46.º Total Quantidade US 95,8 47.º Valor Total R\$ 0,00 48.º Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49.º Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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.º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51.º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53.º Data, local e Carimbo da Empresa