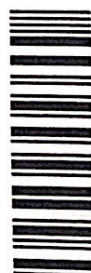


2-N

484851
INTERCÂMBIO

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

100

[illegible]

istente e arcar com os custos
o que assina esse documento

245

484852
INTERCÂMBIO

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

do que assina esse documento, os valores

480573WALHO**Faturar Empresa**

1208



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 21/21	4-Data de Autuação 11/7/10 21/21	5-Semestre CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8304997	7-Data Validade da Guia 11/8/10 15/12/11
--------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Carteira 0002025298717000001031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome SOPHIA OLIVEIRA SOUZA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE OLIVEIRA DE CARVALHO
----------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	18-Número no CRO 48175	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13909871118613	22-Nome do Contratado Especialista BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	23-Número no CRO 48175	24-UF RJ	25-Código CBO S Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	------------------------------------

26-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	27-Número no CRO 48175	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq.	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Nome da Guia	42- Assinatura
1-000	181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
2-000	184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	17,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
3-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
4-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
5-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
6-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
7-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
8-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
9-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
10-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
11-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
12-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
13-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
14-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	
15-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/11	21	

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Seguro	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Particular	246,00	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(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 Beneficiário 11/10/21/11 CRISTIANE OLIVEIRA DE CARVALHO	51-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/10/21/11 BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	52-Data local e Assinatura do Contratado / Responsável 11/10/21/11 CRISTIANE OLIVEIRA DE CARVALHO	53-Data local e Cópia da Empresa
---	--	---	----------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



480570

1-Registro ANS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 19/02/21	3-Série 19/02/21	4-Data de Autenticação 19/02/21	5-Série CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 8310818	7-Cota Valida de Série 20/05/21
Dados do Beneficiário						
8-Número do Contrato 010202529871700000101		9-Primo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
12-Nome CRISTIANE OLIVEIRA DE CARVALHO		21/04/1980		14-Idade ()		15-Data Validade do Plano CRISTIANE OLIVEIRA DE CARVALHO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Alimentação e RJ N		17-Nome do Profissional Autenticado BEATRIZ DE CASTRO ROQUE		18-Número no CNO 48175		19-UF RJ
20-Nome do Profissional Escrutante BEATRIZ DE CASTRO ROQUE		22-Nome do Contratado Escrutante BEATRIZ DE CASTRO ROQUE		23-Número no CNO 48175		24-UF RJ
25-Código na Operadora (CNPJ) / CNP 139088711863		26-Nome do Profissional Escrutante BEATRIZ DE CASTRO ROQUE		27-Número no CNO 48175		28-UF RJ
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Faixa	35-CNPJ	36-Quantidade US
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61000
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61000
3-000						
4-000						
5-000						
6-000						
7-000						
8-000						
9-000						
10-000						
11-000						
12-000						
13-000						
14-000						
15-000						
16-000						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Tratamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Financeira (Contribuição R\$)						
49-Observação						
Declaram, que após ter sido devidamente asseverado sobre as informações, ficha, 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 acordar com os custos previstos em contrato. Declaram, ainda que o(a) 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, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.						
50-Data, local e Assinatura do Beneficiário						
51-Data, local e Assinatura do Contratado						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário						



Digitalizada com CamScanner

494196
INTERCÂMBIO

Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Região AIB 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/10/13 4-Dia de Autenticação 15/10/13 5-Série CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 8384095 7-Cota Validada de Série 10/10/13 8-21

498352
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

9-Nome do Beneficiário
HELOISA HELENA ALVARENGA DOS SANTOS

10-Endereço
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Endereço
EDUARDO DOS SANTOS MAGALHAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

14-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

15-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

16-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

17-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

18-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

19-Endereço
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
6-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
7-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
8-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
9-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
16-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
17-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
18-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
19-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
20-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
21-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
22-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
23-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
24-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
25-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
26-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
27-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
28-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
29-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
30-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
31-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
32-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
33-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
34-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
35-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
36-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
37-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
38-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
39-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
40-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
41-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
42-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
43-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
44-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
45-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
46-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
47-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
48-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
49-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
50-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
51-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
52-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
53-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
54-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
55-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
56-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
57-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
58-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
59-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
60-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
61-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
62-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
63-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
64-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
65-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
66-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
67-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
68-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
69-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
70-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
71-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
72-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
73-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
74-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
75-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
76-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
77-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
78-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
79-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
80-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
81-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
82-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
83-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
84-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
85-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
86-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
87-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
88-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
89-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
90-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
91-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
92-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
93-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
94-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
95-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
96-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
97-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
98-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
99-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
100-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			

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), incluem a realização do(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Operadores 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.

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condicionais 44-Endereço/Endereço 45-Tipo de Fraturamento 46-Tipo de Fraturamento 47-Tipo de Fraturamento 48-Tipo de Fraturamento 49-Tipo de Fraturamento 50-Tipo de Fraturamento 51-Tipo de Fraturamento 52-Tipo de Fraturamento 53-Tipo de Fraturamento 54-Tipo de Fraturamento 55-Tipo de Fraturamento 56-Tipo de Fraturamento 57-Tipo de Fraturamento 58-Tipo de Fraturamento 59-Tipo de Fraturamento 60-Tipo de Fraturamento 61-Tipo de Fraturamento 62-Tipo de Fraturamento 63-Tipo de Fraturamento 64-Tipo de Fraturamento 65-Tipo de Fraturamento 66-Tipo de Fraturamento 67-Tipo de Fraturamento 68-Tipo de Fraturamento 69-Tipo de Fraturamento 70-Tipo de Fraturamento 71-Tipo de Fraturamento 72-Tipo de Fraturamento 73-Tipo de Fraturamento 74-Tipo de Fraturamento 75-Tipo de Fraturamento 76-Tipo de Fraturamento 77-Tipo de Fraturamento 78-Tipo de Fraturamento 79-Tipo de Fraturamento 80-Tipo de Fraturamento 81-Tipo de Fraturamento 82-Tipo de Fraturamento 83-Tipo de Fraturamento 84-Tipo de Fraturamento 85-Tipo de Fraturamento 86-Tipo de Fraturamento 87-Tipo de Fraturamento 88-Tipo de Fraturamento 89-Tipo de Fraturamento 90-Tipo de Fraturamento 91-Tipo de Fraturamento 92-Tipo de Fraturamento 93-Tipo de Fraturamento 94-Tipo de Fraturamento 95-Tipo de Fraturamento 96-Tipo de Fraturamento 97-Tipo de Fraturamento 98-Tipo de Fraturamento 99-Tipo de Fraturamento 100-Tipo de Fraturamento

24



CR0/RJ 48175