

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



308926

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



314017

5140
INTERCAMBIO[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



308920

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



314385

INTERCÁMBIO

Quelques-uns des contributeurs énumérés dans le Tableau 1 ont été invités à participer à une conférence de presse tenue le 22 novembre 2006 à l'Assemblée nationale de la Colombie, à Bogotá, pour annoncer les résultats de l'étude.

29 05 2020	46 Tipo de Avaliação:	46 Tipo de Prova:	46 Tipo de Questões:	47 Valor Total R\$:	47 Tipo Frequência Cópia/Impressão R\$:
	1 Teórico 2 Teórico 3 Exatidão 4 Exatidão 5 Exatidão 6 Exatidão 7 Exatidão 8 Exatidão 9 Exatidão 10 Exatidão	1 Teor 2 Pratic	1 7 6 10 0 0		0 0 0 0

24.05.2020	27.05.20	24.05.2020	24.05.2020
------------	----------	------------	------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



310444

INTERCOMBIO

11.05.20	11.05.20	11.05.20	11.05.20
----------	----------	----------	----------



313154
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/05/20	4-Data de Autorização 19/05/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7562652	7-Data Validade da Sentença 12/08/20
8-Número do Cartão 00202529767400000101					
9-Ponto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade do Cartão / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome THIAGO DA CONCEICAO			
14-Telefone 28/07/1985		15-Nome do titular do plano THIAGO DA CONCEICAO			
16-Identificação e R\$ N					
17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
18-Número no CRO 91223		19-UF SP		20-Código CRO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 33880265801		22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		23-Número no CRO 91223	
24-UF SP		25-Código CRO S 025 -		26-Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218	
27-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA					
28-Número no CRO 91223		29-UF SP		30-Código CRO S 025 -	

32-Tabula	31-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Valor	36-Valor	37-Valor	38-Valor	39-Valor	40-Valor	41-Valor
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00185100218		RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOP	1	122,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

42-Data Prevista Término do Tratamento / /	43-Tipo de Atendimento 1-Consultas Odontológicas 2-Exat Radiológico 3-Ortodontia 4-Implantes/Endodontia	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Valor Total US 393,00	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------	----------------------------	----------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos(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.

48-Observação

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/05/20

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
20/05/20

51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante
20/05/20

52-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3/01



307171

INTERCAMBIO

1. Registro ANS 406414	2. Data de Emissão da Guia 20/04/20	4. Emissão de Autorização 20/04/20	5. Status AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7518146	7. Data validade da Guia 19/07/20
---------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------	--	--------------------------------------

8. Número do Cartão 00202510550600771201		9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11. Data Validade do Cartão / /	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------------	---	------------------------------------	--

13. Nome MARCILIO DO NASCIMENTO ROCHA	14. Data de Nascimento 20/03/1989	15. Nome do titular do plano MARCILIO DO NASCIMENTO ROCHA
--	--------------------------------------	--

16. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento N CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		18. Número no CRO 91223	19. UF SP	20. Código CRO S
21. Código da Operadora / CNPJ / CPT 33860265801		22. Nome do Contratado Exatidão CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23. Número no CRO 91223	24. UF SP
25. Nome do Profissional Exatidão CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		26. Número no CRO 91223	27. UF SP	28. Código CRO S

Faturar Empresa

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Data Reg 4	34. Fluxo	35. Qtd	36. S. Orçamento US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Guia	42. Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00	0,00	S	24/04/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/04/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/04/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	22/04/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Previsão Término do Tratamento / /	44. Tipo de Assinatura Tratamento Odontológico 2. Exatidão 3. Orçamento 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcela	46. Total Gerado US 244,00	47. Valor Total R\$ 0,00	48. Total Franquia/Co-participação R\$
--	---	--	-------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente explicado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima especificados, 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), tratamento(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação

50. Tabela e Assinatura do Cópia Dentista 29/04/20 Dra. Ana Carolina Medeiros CRO/SP 122977	51. Tabela e Assinatura do Cópia Dentista 29/04/20 Dra. Ana Carolina Medeiros CRO/SP 122977	52. Tabela e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/04/20 MARCILIO DO NASCIMENTO ROCHA	53. Data início e término da Empresa / /
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



309414

2009-2010

