

2-N²47256455

Country	Development	1990-2000 GDP Growth	1990-2000 GDP Growth
China	Developing	7.8%	7.8%
India	Developing	5.7%	5.7%
Japan	Developed	1.6%	1.6%
USA	Developed	0.5%	0.5%

19. Chosen: arân

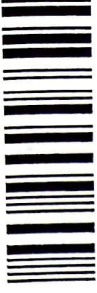
Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 324233720001-17

CNPJ - 32423372/0001-17



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Ar



475202
INTERCÂMBIO

7. Data Validação da Guia
11/12/10 15/12/11

6. Número da Guia Principal
82922294

5. Sinal
AUTORIZADO

4. Data de Autorização
11/08/10 12/12/11

3. Data de Emissão da Guia
11/11/10 21/12/11

1. Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira

1000202034876121000010101

9. Plano

POS REDE PRESTADORA

10. Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11. Data Validade da Carteira

11/11/11/11/11

12. Número da Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13. Nome

NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS

13/11/2001

14. Telefone

(11) 11111111

15. Nome do titular do plano

NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS

16. Data Validação da Guia

11/12/10 15/12/11

17. Número da Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN

N

17. Nome do Profissional Solicitante

RAMAYANA HERINGER LAGE

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF

113163076147701111

22. Nome do Contratado Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

23. Número no CRO

42544

24. UF

RJ

25. Código CNES

26. Nome do Profissional Executante

RAMAYANA HERINGER LAGE

27. Número no CRO

42544

28. UF

RJ

29. Código CBO S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

30. Tabela

31. Código do Procedimento

10018511001961

32. Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33. Dente Região

17 0 1

34. Face

6 1 0 0

35. Qtd

0 1

36. Quantidade US

6 1 0 0

37. Valor

0 0 0 0

38. Franquia/Co-participação R\$

0 0 0 0

39. Aut

40. Data de Realização

11/12/10 15/12/11

41. Motivo da Guia

42. Assinatura

43. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

44. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

45. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

46. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

47. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

48. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

49. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

50. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

51. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

52. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

53. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

54. Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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.

45. Observação

53. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/10 12/12/11

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/10 12/12/11

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

53. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

54. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

55. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

56. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

57. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

58. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 12/12/11

Odonto

Rio das Ostras

CNPJ - 3242337210001-17

475004475004

THE OCEANOGRAPH

—

$$[1, 2, 1, 0, 5, 1, 2, 1]$$

8291449

AUTORIZADO
5-Senha

4-Data de Autorização

1 0 ... 0 3 ... 3 . 1 .

3-Data de Emissão da Guia1-Registro ANS

406414	1 1 1 0 2 1 2 1 1	1 9 1 0 2 1 2 1	AUTORIZADO
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira-a 0 0 2 0 2 5 3 5 4 5 4 6 0 0 0 0 1 0 2 1			
g-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome ANA BEATRIZ EONSECA DE OLIVEIRA MATEUS			
25/07/2004			
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
14-Telefone (1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA FELIX			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Faturar Empresa	
16-Atendimento a R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF
N	RAMAYANA HERINGER LAGE	42544	RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	24-UF
1131630716147701111		42544	RJ
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
RAMAYANA HERINGER LAGE			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF
		42544	RJ
		29-Código CBO S	

RAMAYANA HERINGER LAGE											
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 RS	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Motivo da Glosa 42 - Assinatura
1.	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	15/10/2011	x
2.	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	15/10/2011	<
3.											
4.											
5.											
5.											
7.											
8.											
9.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

43 - Total Franquias / Co-participação RS

44 - Total Franquias / Co-participação RS

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total RS

43 - Data Prevista Término do Tratamento	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	44 - Tipo de Atendimento	☐ 1-Total ☒ 2-Parcial
☐ 1-Exame Radiológico ☐ 2-Exame Radiográfico ☐ 3-Odontoma ☐ 4-Urgência/Emergência			

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 assinate e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que cisi procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), fulforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por conta dela, 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:

Ramayana H Lago
Grupo Dentale
CRO RJ 42544

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

14/09/2012 / 1211

Ramayana H Lago
Grupo Dentale
CRO RJ 42544

61-Data, local e Assinatura do Assistente Odontológico / Recepcionista

14/09/2012 / 1211



Ramayana H Lago
Grupo Dentale
CNPJ - 32423372/0001-17

62-Data, local e Assinatura da Empresa

14/09/2012 / 1211

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) contrato. Declaro, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, com os custos conforme previsto em contrato.