

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



360160
INTERCÂMBIO

11-01-2013-2013-0001-0001

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 8/12/10	4-Data de Autorização 13/01/09 12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802338	7-Data Validade da Semeta 11/17/11 12/10
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012531240601001011	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 MARCIA NASCIMENTO GONCALVES	11/02/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIA NASCIMENTO GONCALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141512333747	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 85100218 (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-01018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	11 MDP	11	1	1	22,10	0,10					
2-01018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	21 DPM	11	1	1	12,10	0,10					
3-01018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	22 PM	11	1	1	8,10	0,10					
4-01018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26 M	11	1	1	16,10	0,10					
5-01018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	48 O	11	1	1	16,10	0,10					
6-01018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	18 O	11	1	1	16,10	0,10					
7-0101810004211	RX PERIAPICAL	RIS	11	1	1	14,10	0,10					
8-0101810004211	RX PERIAPICAL	RMSE	11	1	1	14,10	0,10					
9-0101810004211	RX PERIAPICAL	RMID	11	1	1	14,10	0,10					
10-0101810004211	RX PERIAPICAL	RMDS	11	1	1	14,10	0,10					
11-0101810004211			11	1	1							
12-0101810004211			12	1	1							
13-0101810004211			13	1	1							
14-0101810004211			14	1	1							
15-0101810004211			15	1	1							
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	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-Total 2-Parcial	571,10	0,10								

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 30/09/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/10	52-Data, local e Assinatura do Responsável 30/09/10	53-Data, local e Campo da Empresa 30/09/10
---	---	--	---



Declaro, que ao(s) per(s)ito do(s) presente(s) esclarecimento(s) 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 assumido(s), (foram/forão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Autoriza a pagar em meu nome a 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.

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

53-Dat. local e Carimbo da Empresa



6300025

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



366626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012 4-Data de Autorização 10/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7833577 7-Data Validade da Senha 12/9/11 11/2/10

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 01012012531683800000101021 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 MARCOS VINICIUS SILVA DOS SANTOS 14-Telefone (1211) 9191815181519 15-Nome do Titular do plano ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114512333747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	161,00	0,00	0	11/11/12		
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	161,00	0,00	0	11/11/12		
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											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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(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 01/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2012 53-Data, local e Caimbo da Empresa 12/11/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



366623
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012		4-Data de Autorização 10/11/2012		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7833576		7-Data Validade da Semeta 12/9/11/2012		
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00020125316800000102		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 MARCOS VINICIUS SILVA DOS SANTOS		06/03/2002		14-Teléfono (121) 998815859		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		18-Número no CRO 44678		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114512333747		23-Número no CRO 44678		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Número no CRO 44678		28-UF RJ		
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		27-Número no CRO 44678		29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	119,40	12/11/2012			
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	118,10	12/11/2012			
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	118,10	12/11/2012			
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	118,10	12/11/2012			
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	118,10	12/11/2012			
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		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(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 10/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012		53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2012						



659.116

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



367603
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414	3 Data de Emissão da Guia 10/11/09 12:10	4 Data de Autorização 11/6/11 10:12:10	5 Senha AUTORIZADO	6 Número da Guia Principal 7837914	7 Data Validade da Senha 13/01/11 12:10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8 Número da Carteira 100202526526543200002601	9 Plano POS REDE PRESTADORA	10 Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11 Data Validade da Carteira 11/11/11	12 Número do Cartão Nacional de Saúde
13 Nome BEATRIZ DA PAZ CAVALCANTI	Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		14 Telefone () - - - - -	15 Nome do titular do plano BEATRIZ DA PAZ CAVALCANTI	

16 Atendimento a RN N	17 Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18 Número no CRO 44678	19 UF RJ	20 Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21 Código na Operadora / CNPJ / CPF 14552333747	22 Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23 Número no CRO 44678	24 UF RJ	25 Código CNES
26 Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27 Número no CRO 44678	28 UF RJ	29 Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39 Aut	40 Data de Realização	41 Motivo da Glosa	42 Assinatura
30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Face	35 Qtd	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franquia/Co-participação R\$					
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00				10/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00				10/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00				10/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00				10/10/20		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00				10/10/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43 Data Previsão Término do Tratamento	44 Tipo de Atendimento	45 Tipo de Faturamento	46 Total Quantidade US	47 Valor Total R\$	48 Total Franquia / Co-participação R\$								
11/11/11	1 Tratamento Odontológico	1 Total	178,00	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.

49 Observação

50 Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/11/11	51 Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/11/11	52 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53 Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	--



13/11/2016 15:55:00

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



369887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10/9/12/0	4-Data de Autorização 10/1/1/10/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848226	7-Data Validade da Senha 10/2/1/12/12/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025316838000000101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS					
15-Nome do titular do plano ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114552333747	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Faixa 1	35-Cid 3400	36-Quantidade US 100
37-Valor 1150214014					
38-Franquia/Co-participação R\$ 50					
39-Aut 1021401401					
40-Data de Realização 10/11/2016					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 3400					
47-Valor Total R\$ 10000					
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/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, compreendendo-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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



373763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/09 11:20	4-Data de Autorização 3/01/09 11:20	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número na Guia Principal 7863756	7-Data Validação da Sineta 11/01/12 11:20
8-Número da Carteira 1002012527455600000109	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA DE CARVALHO DO ESPIRITO SANTO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano CAMILLA LAMAS BECK					
16-Atribuição a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
18-Número no CRO 44678					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1455233747					
22-Nome do Contratado Esecutante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
23-Número no CRO 44678					
24-UF RJ					
25-Código CNES Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Esecutante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
27-Número no CRO 44678					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
30-Franquia/Co-participação R\$					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Dente Região					
34-Face					
35-Ord					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Gêsis					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado Esecutante

51-Data, local e Assinatura do Contratado Esecutante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



375338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019	4-Data de Autorização 10/09/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7870941	7-Data Validade da Sentença 11/04/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1010215312554100000202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EUSOU TRANSPORTADORA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome EMANUELLE VITORIA SILVA DE ARAUJO	01/04/2011	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JUNIA GOMES DA SILVA ARAUJO
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114512333747	22-Nome do Contratado Excutante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excutante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		S	09/10/20		78994
2-00	8400021	REMINERALIZACAO		1	4	9,00	0,00		S	09/10/20		78994
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 83,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / Co-participação 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 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 10/09/19 10/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/19 10/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/19 10/10/20	53-Data, local e Cambio da Empresa 10/09/19 10/10/20
--	--	--	---

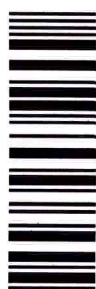
gomes da Silva ARAUJO



livrinhos por voz 30m

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



375805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/5/10/9/12/01	4-Data de Autorização 10/8/11/10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872969	7-Data Validade da Senha 11/4/11/12/12/01																
Dados do Beneficiário																					
8-Número da Carteira 100210253084800000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde																	
13-Nome LUKAS FILIPHE MENDONCA MAIA																					
27/09/1999																					
14-Telefone () - - - - -																					
15-Nome do titular do plano LUKAS FILIPHE MENDONCA MAIA																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa																
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11451233747111	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES																	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																					
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura									
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/10/20											
2-																					
3-																					
4-																					
5-																					
6-																					
7-																					
8-																					
9-																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
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 Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00											
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), 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 08/11/2010													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2010			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2010			53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2010		

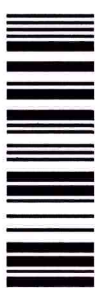
assinado Filipe Mendonca



Br 011.3335-1033 0028 2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



380203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 19/12/10	4-Data de Autorização 11/3/11 10/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7890774	7-Data Validade da Serinha 12/10/11 12/12/10
--------------------------	--	---	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 101012102151212151818151010101391011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Name LEANDRO SILVA DE OLIVEIRA	09/09/1981	14-Telefone (1211) 314911-910421	15-Name do titular do plano LEANDRO SILVA DE OLIVEIRA
--------------------------------------	------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114512131317471111	22-Name do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Name do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

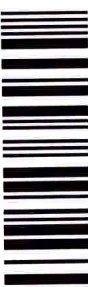
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	611010	101010	101010	114	11/10/10	SP	14/11/10
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 1611010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 11/11/10 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10 SP	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/10 SP
--	--	--	---



13.10.2017

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
21/10/2017

4-Data de Autorização
13/10/2017

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7890778

7-Data Validade da Senha
12/10/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10102102522588501000391011

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CORPLIFE ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LEANDRO SILVA DE OLIVEIRA

09/09/1981

14-Telefone
(121) 349119042

15-Nome do titular do plano
LEANDRO SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

18-Número no CRO
44678

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11451233747

22-Nome do Contratado Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

23-Número no CRO
44678

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

27-Número no CRO
44678

28-UF
RJ

29-Código CBO S

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	001	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00						
2	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
3	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
4	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
5	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
6	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
7	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
8	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
9	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
10	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
11	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
12	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
13	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
14	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
15	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00						
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1178,00	10,00								

Decido, 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. Decido, ainda que o(s) procedimento(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
18/10/2017

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/10/2017

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/2017

53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/10/2017



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/1991 4-Data de Autorização 13/05/1991 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7905855 7-Data Validade da Guia 12/04/2012

8-Número da Carteira 000202532163100000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/04/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 383118

13-Nome JAQUELINE DE OLIVEIRA SANTOS 27/05/1991 14-Telefone (21) 998815859 15-Nome do titular do plano JAQUELINE DE OLIVEIRA SANTOS 16-Atendimento a RMI 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145233747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentia Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7				

43-Data Previsto 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 178,00 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/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 20/05/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa 20/05/2012



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
2 5 / 1 0 9 / 1 2 0 1

4-Data de Autorização
3 0 / 1 0 9 / 1 2 0 1

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7905858

7-Data Validade da Senha
2 4 / 1 1 2 / 1 2 0 1

383120
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 3 2 1 6 3 1 0 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JAQUELINE DE OLIVEIRA SANTOS

27/05/1991

14-Telefone
(2 1) 9 9 8 8 5 8 5 9

15-Nome do titular do plano
JAQUELINE DE OLIVEIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matriculamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

18-Número no CRO
44678

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
1 4 5 5 2 3 3 3 7 4 7

22-Nome do Contratado Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

23-Número no CRO
44678

24-UF
RJ

25-Código CUES

26-Nome do Profissional Executante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

27-Número no CRO
44678

28-UF
RJ

29-Código CBO S

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-Frequência/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S			
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S			
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S			
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S			
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
7- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
8- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
9- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
10- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
11- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
12- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
13- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
14- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Dias Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Frequência / 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(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/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2019	4-Data de Autorização 13/05/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905858	7-Data Validade da Senha 12/04/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

383120
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020253216310000101	9-Filho 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 JAQUELINE DE OLIVEIRA SANTOS	27/05/1991	14-Telefone (121) 998815859	15-Nome do titular do plano JAQUELINE DE OLIVEIRA SANTOS
---	------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1455233747	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Replido	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molvo da Gêsis	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00		S	20/09/20		
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00		S	20/09/20		
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	61,00	0,00		S	20/09/20		
4-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00		S	20/09/20		
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dias 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 244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/2019
---	---	---	---



384471
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/19 4-Data de Autorização 10/05/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7911338 7-Data Validade da Senha 12/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1012025227663000222801 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIEL SANTOS DA COSTA 30/08/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DANIEL SANTOS DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gesso	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00			S	10/05/11	20	Daniel Costa
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00			S	10/05/11	20	Daniel Costa
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00			S	10/05/11	20	Daniel Costa
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00			S	10/05/11	20	Daniel Costa
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00			S	10/05/11	20	Daniel Costa
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	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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) 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 05/10/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



384554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 10/12/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7911629	7-Data Validade da Guia 12/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025227663000645011	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEISIANE PACHECO	06/02/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GEISIANE PACHECO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114552333747	22-Nome do Contratado Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista-Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			02/10/20		geisiane
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			02/10/20		geisiane
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			02/10/20		geisiane
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			02/10/20		geisiane
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			02/10/20		geisiane
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-E-xame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 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 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 Consultado-Dentista Solicitante 02/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista 02/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2019 Geisiane Pacheco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2019
--	--	--	---



1-Registro AAS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 4-Data de Autorização 11/01/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número na Guia Principal 7943673 7-Data Validação na Senha 10/06/11 8-Data Validação na Senha 11/02/11

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA LUCIA DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANA LUCIA DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RUI 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 1455233747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

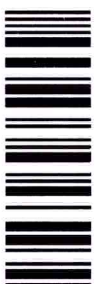
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia Região	34-Face	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	6	5			
2	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
3	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
4	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
5	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
6	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
7	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
8	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
9	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
10	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
11	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
12	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
13	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
14	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
15	0	0	8	5	3	0	0	4	7			

43-Data Prevista 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 178,00 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(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 Contratado-Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Emprego



392268
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406614 3- Data de Emissão da Guia 10/08/11 00:20 4- Data de Autorização 16/11/00:20 5- Senha AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7943857 7- Data Validade da Senha 10/06/11 01:21

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 0002025216945000766011 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa CECRISA REVESTIMENTOS 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome ANA LUCIA DE OLIVEIRA 29/04/1978 14- Telefone 15- Nome do titular do Plano ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18- Número no CRO 44678 19- UF RJ 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 145233747 22- Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23- Número no CRO 44678 24- UF RJ 25- Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS 26- Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27- Número no CRO 44678 28- UF RJ 29- Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

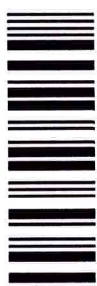
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentista Registo	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Gesso	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	10/11/11		
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	10/11/11		
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data 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 7 5 0 0 47- Valor Total R\$ 0 0 0 0 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) 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 / Responsável 53- Data, local e Carimbo da Empresa



393212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7947548 7-Data Validade da Senha 10/17/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524116700051201 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

EMERSON DE VASCONCELLOS ZECA 11/08/1975 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano EMERSON DE VASCONCELLOS ZECA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145523337471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão 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 144,00 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) 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.

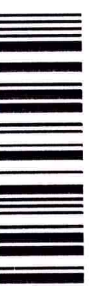
49- Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2012



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7955827	7-Data Validade da Sentia 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 002025102203004184021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA MOURA DA SILVA COUTINHO	24/09/1984		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE VINICIUS MELLO COUTINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 14552337471	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aud	40-Data de Realização	41-Medico da Guisa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor							
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	13	6,00	10,00					12/11/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	13	6,00	10,00					12/11/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	13	6,00	10,00					12/11/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	13	6,00	10,00					12/11/2012		
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	10,00	0,00					12/11/2012		
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										45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
										1-Total 2-Parcial	178,00	0,00		
44-Tipo de Atendimento										1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 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 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 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2012
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395310
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dado de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7955829	7-Data Validade da Seria 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025102203004184021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome
LUANA MOURA DA SILVA COUTINHO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOSE VINICIUS MELLO COUTINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14552333747	22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421-FRPIE
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CRO S (1) 81000421-
--	---------------------------	-------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Pegão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Gesso	42-Assinatura
1-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			12/11/2012		
2-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			12/11/2012		
3-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			12/11/2012		
4-000	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			12/11/2012		
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 204,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2012
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 4-Data de Autorização 12/8/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7978044 7-Data Validade da Sentia 11/9/10 8-Data Validade da Sentia 11/12/11

8-Número da Carteira 10102012512411671010151121011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EMERSON DE VASCONCELLOS ZECA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano EMERSON DE VASCONCELLOS ZECA 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora (CNPJ/CPF) 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-010	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	1.010	0,010	0,010	0,010	11/10/2010		
2-1010	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	1.010	0,010	0,010	0,010	11/10/2010		
3-1010	8.1.0.0.0.4.2.1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1.010	0,010	0,010	0,010	11/10/2010		
4-1010	8.1.0.0.0.4.2.1	RX PERIAPICAL	RCS	1	1	1.010	0,010	0,010	0,010	11/10/2010		
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	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	150,010	10,010								

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 18/11/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/10