

guia	nome	nao paga	lrc guia	usos atos	vir uso coop.	total
296795 - I	JOAO LUIZ DE NOBREGA DA SILVA (00370000018066359)		05/03/2020	95	0.3	R\$ 28,50
305130 - I	RENATO ROMERO (00370000028670852)		02/04/2020	95	0.3	R\$ 28,50
305131 - I	MARIA DAS NEVES INACIO ROMERO (00370000028672979)		02/04/2020	95	0.3	R\$ 28,50
305132 - I	MARIA DAS NEVES INACIO ROMERO (00370000028672979)		02/04/2020	95	0.3	R\$ 28,50
Totalizador por Operadora						
Totalizador						
Nº de USOS:		Nº de atendimentos:		Valor:		
578		4		R\$ 173,40		
Nº de USOS:		Nº de atendimentos:		Valor:		
578		4		R\$ 173,40		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-^{Nº}

305302

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/1014/1210	4-Data de Autorização 10/06/1014/1210	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160766	7-Data Validade da Sentença 10/05/1017/1210
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10037100010028672979	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPATAXI C DE C E T D O S M A T	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704103061098050	
13-Nome MARIA DAS NEVES INACIO ROMERO					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano RENATO ROMERO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO					
18-Número no CRO 22192					
19-UF RJ					
20-Código CBO S					
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1430675577700					
22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO					
23-Número no CRO 22192					
24-UF RJ					
25-Código CNES (1) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO					
27-Número no CRO 22192					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
30-Fratura / Procedimento Solicitado					

30-Tabela 1-00085100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente Região 17	34-Face O	35-Cuid 1	36-Quantidade US 90,00	37-Valor 0,00	38-Fratura/Co-participação R\$ 30,04	39-Aut 40-Data de Realização 10/04/10	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura [Assinatura]
2-10085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	90,00	0,00	30,04	10/04/10	[Assinatura]
3-10085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	113,00	0,00	30,04	10/04/10	[Assinatura]
4-10085100200									
5-10085100200									
6-10085100200									
7-10085100200									
8-10085100200									
9-10085100200									
10-10085100200									
11-10085100200									
12-10085100200									
13-10085100200									
14-10085100200									
15-10085100200									
43-Data Prescrição / Tipo de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Tipo de 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) resalto(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

Haroldo Pereira Coelho - 1 Dent

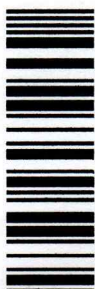
107-01408522-3MB

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 Assinatura do Operador da Empresa
CRO - RJ 22.192 - 2



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/2/10 04/12/10	4-Dia de Autorização 10/2/10 04/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160709	7-Dia Validade da Senha 10/1/10 07/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

305130

Dados do Beneficiário

8-Nome do Beneficiário RENATO ROMERO	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPATAXI C DE C E T DOS MAT	11-Dia Validade da Carteira 11/1/10 11/11/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706707574439211
---	--------------------------------	--	---	--

13-Nome RENATO ROMERO	24/11/1948	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RENATO ROMERO
--------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO	18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143106755177001	22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	23-Número no CRO 22192	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	27-Número no CRO 22192	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-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,10	0,00	0,00	0,00	06/04/10		
2-101	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,10	0,00	0,00	0,00	06/04/10		
3-101	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,10	0,00	0,00	0,00	06/04/10		
4-101	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,10	0,00	0,00	0,00	06/04/10		
5-101	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,10	0,00	0,00	0,00	06/04/10		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia 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\$		
1-1												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Assinatura do Beneficiário Renato Romero	51-Assinatura do Profissional Contratado Haroldo Pereira Coelho	52-Assinatura do Responsável Renato Romero	53-Assinatura do Profissional Contratado Haroldo Pereira Coelho
--	--	---	--

CRO-RJ 22.192-2



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/04/20	4-Data de Autorização 02/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160710	7-Data Validade da Senha 01/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

305131

8-Número da Carteira 0037000028672979	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPATAXI C DE C E T D O S M A T	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704103061098050
13-Nome MARIA DAS NEVES INACIO ROMERO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RENATO ROMERO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 05/08/1950				

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO	18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143067557700	22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	23-Número no CRO 22192	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO		27-Número no CRO 22192	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00			06/04/20		[Assinatura]
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		12,00	0,00			06/04/20		[Assinatura]
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		12,00	0,00			06/04/20		[Assinatura]
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		12,00	0,00			06/04/20		[Assinatura]
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		12,00	0,00			06/04/20		[Assinatura]
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término de Tratamento 06/04/20												
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 95,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida, sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima necessitada, assino e autografo:

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, conforme previsto no contrato.

49-Observação

50-Assinatura do Assistente Odontológico Solicitante 	51-Assinatura do Assistente Odontológico 	52-Assinatura do Beneficiário / Responsável 	53-Data, local e número do documento 07/04/2020, 014088542-3 MB	54-Data, local e número do documento 07/04/2020, 014088542-3 MB
Haroldo Pereira Coelho - 1 Dent				
CRO - RJ 22.192-2				