

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1-Registro ANS	3-Data de Emissão do Guia	4-Data de Autorização	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8273151	7-Data Validade da Senha 01/06/15 15/12/11
----------------	---------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

471054

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 6 1 3 4 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	_/_/___/___	
13-Nome EVANI RODRIGUES FERREIRA	08/01/1970	14-Teléfono (_)_() _-_-_-_-	15-Nome do titular do plano EVANI RODRIGUES FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 -	
16-Atendimento a RN	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
11361301716471701111		42544	RJ
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
RAMAYANA HERINGER LAGE			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF
RAMAYANA HERINGER LAGE		42544	RJ
		29-Código CBO S	
		Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															33-Aut										34-Data de Realização										35-Valor										36-Franquia/Co-participação R\$										37-Aut										38-Data de Realização										39-Valor										40-Franquia/Co-participação R\$																																																																																																																																																																									
30-Tabella															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- 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5															EXODONTIA SIMPLES DE															37															1															7 3 0 0															0 0 0															S 1 1 6 1 1 0 3 1 1 2 1															6 0 0 0 0																																																																																																																																																					
2- 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5															EXODONTIA SIMPLES DE															46															1															7 3 0 0															0 0 0															S 1 1 6 1 1 0 3 1 1 2 1															6 0 0 0 0																																																																																																																																																					
3- 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5															EXODONTIA SIMPLES DE															47															1															7 3 0 0															0 0 0															S 1 1 6 1 1 0 3 1 1 2 1															6 0 0 0 0																																																																																																																																																					
4- _____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____																																																																																									
5- _____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____															_____																																																											
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-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Faturamento

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Faturamento

69-Tipo de Faturamento

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Faturamento

72-Tipo de Faturamento

73-Tipo de Faturamento

74-Tipo de Faturamento

75-Tipo de Faturamento

76-Tipo de Faturamento

77-Tipo de Faturamento

78-Tipo de Faturamento

79-Tipo de Faturamento

80-Tipo de Faturamento

81-Tipo de Faturamento

82-Tipo de Faturamento

83-Tipo de Faturamento

84-Tipo de Faturamento

85-Tipo de Faturamento

86-Tipo de Faturamento

87-Tipo de Faturamento

88-Tipo de Faturamento

89-Tipo de Faturamento

90-Tipo de Faturamento

91-Tipo de Faturamento

92-Tipo de Faturamento

93-Tipo de Faturamento

94-Tipo de Faturamento

95-Tipo de Faturamento

96-Tipo de Faturamento

97-Tipo de Faturamento

98-Tipo de Faturamento

99-Tipo de Faturamento

100-Tipo de Faturamento

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Faturamento

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Faturamento

69-Tipo de Faturamento

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Fatur

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre o presente estudo e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Adotou-se a Observação e Registro em Cartão para os dados coletados durante o estudo.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Data: ____/____/____

48. Observação	50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário	53. Data, local e Canto da Empresa
	16/11/2011 Camayana H. Lagre Camayana H. Lagre Cirurgia Dentária CRO RJ: 42544	16/11/2011 Camayana H. Lagre Camayana H. Lagre Cirurgia Dentária CRO RJ: 42544	16/11/2011 Camayana H. Lagre Camayana H. Lagre Cirurgia Dentária CRO RJ: 42544	16/11/2011 Camayana H. Lagre Camayana H. Lagre Cirurgia Dentária CRO RJ: 42544

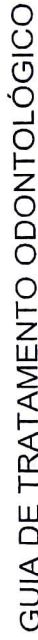
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os produtos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, conforme acima apresentado, comprometendo-me a cumprir as prescrições 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 por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento. Os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

50ª Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51ª Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52ª Data local e Assinatura do Beneficiário	53ª Data local e Carimbo da Empresa
11/13/10 13/11/21	11/13/10 13/11/21	11/13/10 13/11/21	11/13/10 13/11/21
Ramaxe	Ramaxe	Ramaxe	Ramaxe

CNPJ - 32423371/0001-11



500625

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

CNPJ - 324233171000

100

References

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, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (a) procedimentos (descontos) acima e por mim realizados (a) 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 devidos pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

23-Data Previsão Término do Tratamento

[illegible][illegible]

1-Total 2-Parcial

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

CNPJ - 324233171000

100

References

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-NF

1.Registro ANS 406414	3.Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 1 / 2 1	4.Data de Autorização 1 7 / 0 3 / 2 1	5.Sente AUTORIZADO	6.Número da Guia Principal 8225568	7.Data Validação da Sente 2 2 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	--

460338

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira

101020125208115000050001

4-Pais

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-Name	14-Telephone	15-Name of titular co-piano
MARCELO MASS DE MEDEIROS	27/07/1966	MARCELO MASS DE MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
BAMAYANA HERINGER I AGE	17544	PI	025 -

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número na CRO	24-UF	25-Código CNES
1131631071647170111	RAMAYANA HERINGER IAGE	42544	PI	

26- Nome do Profissional Executante		27- Número no CRO		28- UF		29- Código CBO S	
RAMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ			

[illegible][illegible][illegible]

4. 

5.

[illegible][illegible]

9. 

10. 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

☐ 1-Total 2-Parcial

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os próprios "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 no 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 Oeorderiva a pagar em nome e por minha conta, ao prestador contratado que assina esse documento, o valor devido.

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

49. Chisnatação

[illegible][illegible]

Principais Ostras Odonto

CNPJ - 32423372/0001-17