



1-Registro ABO 406414 2-Dados de Emissão da Guia 08/11/11 20 3-Dados de Autorização 08/11/11 20 4-Semina AUTORIZADO 5-Endereço da Guia Principal 50204574 6-Dados de Validade da Guia 08/11/11 20 7-Dados de Validade da Guia 08/11/11 20

8-Dados de Beneficiário 9-Número da Carteira 00379994065461395 10-Endereço 11-Endereço 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 70809821349129

13-Nome PIETRO AUGUSTO DE SOUZA PEREIR 14-Telefone 0710/2011 15-Nome do titular do plano JAQUELINE DE SOUZA COSTA 16-Nome da Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 17-Nome do Profissional Solicitante LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS 18-Número no CRO 16385 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código da Ocorrência / CUP / CPF 91400830710 22-Nome do Contratado Executante LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS 23-Número no CRO 16385 24-UF RJ 25-Código CNES 26-UF RJ 27-Número no CRO 16385 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200 30-Nome do Profissional Solicitante LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS

31-Item	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dado de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-00	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-00	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4-00	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5-00	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
6-00	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7-00	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8-00	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Dados Finais 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 542,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Dados locais e Assinaturas do Cirurgião-Dentista Solicitante 50-Dados locais e Assinaturas do Cirurgião-Dentista 51-Dados locais e Assinaturas do Profissional Responsável 52-Dados locais e Assinaturas do Profissional Responsável 53-Dados locais e Assinaturas do Profissional Responsável



424884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/3/11 11/2/0	4-Dia de Autorização 12/3/11 11/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207733	7-Dia Validade da Guia 12/1/10 12/1/11
8-Valor em Dólares 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 8 6 4 7 0 8			9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PLUS MED DISTRIBUI	11-Dia Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11
13-Nome MARCIA ANGELICA DE ASSIS SILVA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIA ANGELICA DE ASSIS SILVA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708008344605520
Dados do Corrente: Previsão de Tratamento 14/03/1978					
16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS	18-Número no CRO 16385	19-UF RJ	20-Código CEO S 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Descrição (CNPJ) CPF 1911410108307110	22-Nome do Contratado Exatante LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS	23-Número no CRO 16385	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exatante LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS		27-Número no CRO 16385	28-UF RJ	29-Código CEO S	

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método de Causa	42-Atividade
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4 1 0 0	0 0 0 0			12/3/11	11/2/0	
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HASD		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0			12/3/11	11/2/0	
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HASE		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0			12/3/11	11/2/0	
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HAIE		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0			12/3/11	11/2/0	
5-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	HAID		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0			12/3/11	11/2/0	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Causa Principal: Termino 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	1-1	1-1	1 7 4 0 0	0 0 0 0								

Declaro, que após ler todo 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. Deixo, 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.

Assinatura do Paciente

Dra. Luiza Helena Patriota Vargas

Enfermeira Dentista

CRO RJ 16.385

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Profissional Responsável	53-Dia, local e Campo da Empresa
10/3/11 11/11/30	12/3/11 11/11/30	

424755
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 2 2 1 1 1 2 0	4-Dia da Autorização 2 2 1 1 1 2 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207696	7-Dia Vencida da Sentença 2 0 1 0 2 1 2 1
--------------------------	---	---	--------------------------	--	--

003799940651864716	10-Empresa PLUS MED DISTRIBUI	11-Dtms V/idade do Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Identificação
003799940651864716	10-Empresa PLUS MED DISTRIBUI	11-Dtms V/idade do Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Identificação

DANIEL ANGELO DE ASSIS FARIAS	08/03/2019	MARCIA ANGELICA DE ASSIS SILVA
-------------------------------	------------	--------------------------------

16-Absolvidimento a RV		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-U/F		20-Código CBO S	
N		LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS		16385		RJ			
21-Código na Ocorrência / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-U/F		25-Código CNES	
19 1 4 0 0 8 3 0 7 1 0		LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS		16385		RJ			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-U/F		29-Código CBO S			
LUIZA HELENA PATRIOTA VARGAS		16385		RJ					

801 -
Faturar Empresa

[illegible]

Declaro que poderei cumprir todos os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcuar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ão) realizado(s) conforme ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Luiz A. H. ...

All-Occasion

50-Dents, Inc. e Australiana do Cerrado-Dentista Solitário

51-Diga, local e Assinatura do Circunlo-Dentista
12/24/11 11/28

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

