



| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  |                                     |  |                  |  |                 |  |                 |  |
|-------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|
| 16-Atendimento a RN                             |  | 17-Nome do Profissional Solicitante |  | 18-Número no CRO |  | 19-UF           |  | 20-Código CEO S |  |
| N                                               |  | RAMAYANA HERINGER LAGE              |  | 42544            |  | RJ              |  |                 |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF             |  | 22-Nome do Contratado Executante    |  | 23-Número no CRO |  | 24-UF           |  | 25-Código CNES  |  |
| 1 1 3 6 1 3 1 0 7 6 4 1 7 7 0                   |  | RAMAYANA HERINGER LAGE              |  | 42544            |  | RJ              |  |                 |  |
| 26-Nome do Profissional Executante              |  | 27-Número no CRO                    |  | 28-UF            |  | 29-Código CEO S |  | Faturar Empresa |  |
| RAMAYANA HERINGER LAGE                          |  | 42544                               |  | RJ               |  |                 |  | 025 -           |  |

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 cisi, procedimento(s) percent(s) acima e por mim assumado(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, as valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]



## 2-NF3

421032  
INTERCÂMBIO025-

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

48 Total Expense / Contribution to DE

19. Observer: \_\_\_\_\_

33 Data local e Carimbo da Empresa

**Rio das Ostras Odonto**  
CNPJ - 32423372/0001-17



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-UF

421008  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                           |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/11 11/12/01 | 4-Data de Autorização<br>10/9/11 12/12/01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8061805 | 7-Data Validação da Senha<br>11/5/11 01/12/11 |
|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                  |  |                                      |  |                                             |  |                                                         |  |
|--------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                            |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11 |  | 12-Número da Carteira Nacional de Saúde                 |  |
| 8-Número da Carteira<br>101021025335476100010102 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA       |  | 13-Telefone<br>(11) 11111111                |  | 15-Nome do titular do plano<br>PATRICIA DA SILVA HENTZY |  |
| 13-Nome<br>MARYANA HENTZY PASSOS                 |  | 16-Atendimento a RN<br>N             |  | 18-Número no CRO<br>42544                   |  | 20-Código CBO S<br>Q25 - Faturar Empresa                |  |

|                                                           |  |                                                              |  |                           |  |             |  |                 |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento           |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>RAMAYANA HERINGER LAGE   |  | 23-Número no CRO<br>42544 |  | 24-UF<br>RJ |  | 25-Código CNES  |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>113163071614770111 |  | 26-Nome do Profissional Executante<br>RAMAYANA HERINGER LAGE |  | 27-Número no CRO<br>42544 |  | 28-UF<br>RJ |  | 29-Código CBO S |  |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |                       |  |
|-------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação RS | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura         |  |
| 1-0101811000030                                 | 1                         | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                           | S      | 10/9/11               | 12/12/01           | <del>Assinatura</del> |  |
| 2-0101814000198                                 | 2                         | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                           | S      | 10/9/11               | 12/12/01           | <del>Assinatura</del> |  |
| 3-0101814000198                                 | 3                         | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                           | S      | 10/9/11               | 12/12/01           | <del>Assinatura</del> |  |
| 4-0101814000198                                 | 4                         | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                           | S      | 10/9/11               | 12/12/01           | <del>Assinatura</del> |  |
| 5-0101814000198                                 | 5                         | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                           | S      | 10/9/11               | 12/12/01           | <del>Assinatura</del> |  |
| 6-1111111111111                                 | 6                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 7-1111111111111                                 | 7                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 8-1111111111111                                 | 8                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 9-1111111111111                                 | 9                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 10-1111111111111                                | 10                        |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 11-1111111111111                                | 11                        |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 12-1111111111111                                | 12                        |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 13-1111111111111                                | 13                        |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 14-1111111111111                                | 14                        |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |
| 15-1111111111111                                | 15                        |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        | /                     | /                  |                       |  |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                   |                              |                                                   |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1174,00 | 47-Valor Total RS<br>1174,00 | 48-Total Franquia / Co-participação RS<br>1174,00 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|

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<br>10/9/11 12/12/01 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544 |  | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/9/11 12/12/01 Patricia da Silva Hentzy CRO RJ 42544 |  | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/9/11 12/12/01 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544 |  | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/9/11 12/12/01 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544 |  | 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/9/11 12/12/01 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544 |  | 55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/9/11 12/12/01 Ramayana Heringer Lage CRO RJ 42544 |  |
|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Ostras Odonto  
Rio das Ostras  
CNPJ - 3242337210001-17



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4-9

433711  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 3 / 1 0 3 / 1 2 / 1 1

6-Número da Guia Principal  
8114410

5-Senha  
AUTORIZADO

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

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

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
0 0 2 0 2 5 3 3 9 4 6 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 da Saúde

13-Nome  
THAYSA MACIEL ALVES

14-Telefone  
( ) / / / / / /

15-Data de Nascimento  
25/02/1999

15-Nome do titular do plano  
THAYSA MACIEL ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
RAMAYANA HERINGER LAGE

18-Número no CRO  
42544

19-UF  
RJ

20-Código CBO S  
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 3 6 1 3 1 0 7 6 4 7 7 0

22-Nome do Contratado Executante  
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO  
42544

24-UF  
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Número no CRO  
42544

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                   | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Faco | 35-Orr | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Clica 42-Ass-natura |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0 0 1 8 1 1 0 0 0 3 0 1   |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 3 4 1 0 1 0      |          | 0 1 0 1 0                       |        | 11/12/12              |                                  |
| 2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1   |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 3 6 1 0 1 0      |          | 0 1 0 1 0                       |        | 11/12/12              |                                  |
| 3-0 0 1 8 5 3 1 0 0 0 4 7 1 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 3 6 1 0 1 0      |          | 0 1 0 1 0                       |        | 11/12/12              |                                  |
| 4-0 0 1 8 5 3 1 0 0 0 4 7 1 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 3 6 1 0 1 0      |          | 0 1 0 1 0                       |        | 11/12/12              |                                  |
| 5-0 0 1 8 5 3 1 0 0 0 4 7 1 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 3 6 1 0 1 0      |          | 0 1 0 1 0                       |        | 11/12/12              |                                  |
| 6-1                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-1                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-1                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-1                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-1                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-1                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-1                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-1                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-1                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-1                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                       |                                                                                                             |                                              |                                           |                                     |                                                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / / / / / | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 1 7 8 1 0 1 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 1 0 1 0 1 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / / / / / |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|

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<br>11/12/12 11/12/12 Ramayana Heringer Lage | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>11/12/12 11/12/12 Ramayana Heringer Lage | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/12/12 11/12/12 Thaysa Maciel Alves | 53-Data local e Assinatura da Empresa<br>11/12/12 11/12/12 Rio das Ostras Odonto |
|                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                   | CNPJ - 32423372/0001-17                                                          |



## 2-Nº

|                                                         |            |                 |                       |  |                         |
|---------------------------------------------------------|------------|-----------------|-----------------------|--|-------------------------|
| 4a. Observação                                          |            |                 |                       |  |                         |
| 5a. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista       | [11/11/12] | 16/monet        | Cirurgião Dentista    |  |                         |
| 5b. Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável | [11/11/12] | Antônio Claudia |                       |  |                         |
| 5c. Data local e Cambio da Empresa                      | [11/11/12] | 12/12/10        | Rio das Ostras Odonto |  |                         |
|                                                         |            |                 |                       |  | CNPJ - 32423972/0001-17 |



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4º

429390  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Guia  
12/5/10 2/1/2 1/1

6-Número da Guia Principal  
8096529

5-Senha  
AUTORIZADO

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

3-Data de Emissão da Guia  
12/7/1/1 1/1/2 0/1

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
10 0 2 0 1 2 5 3 3 2 1 7 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 2

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
1/1/1/1 1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
MATHEUS DOS SANTOS CORREA

21-09/1990

14-Telefone  
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano  
ANA CLAUDIA CORREA DE SOUZA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
RAMAYANA HERINGER LAGE

18-Número no CRO  
42544

19-UF  
RJ

20-Código CBO S  
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
11316131071614717011

22-Nome do Contratado Excludente  
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-UF  
RJ

24-UF  
RJ

25-Código ONES

26-Nome do Profissional Excludente  
RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Número no CRO  
42544

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 RS | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Clima | 42-Assinatura |
|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-010108511001916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 35           | O               | 1       | 1      | 16               | 1,00     | 0,00                           | 0,00   | 12/11/10              | 2º material        |               |
| 2-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 3-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 4-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 5-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 6-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 7-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 8-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 9-1               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 10-1              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 11-1              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 12-1              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 13-1              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 14-1              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 15-1              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento       | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total RS | 48-Taxa Franquia / Co-participação RS |
|----------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 1/1/1/1 1/1/1/1                        | 1-1-Tratamento, Odontológico | 1-1-Total 2-Parcial    | 61,00                  | 0,00              | 11,11                                 |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 Responsável<br>12/11/10 12/11/10 Ramayana Heringer Lage<br>CRO RJ 42544 | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>12/11/10 12/11/10 Ramayana Heringer Lage<br>CRO RJ 42544 | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/10 12/11/10 Ana Claudia Correa de Souza Silva<br>CNPJ - 3242337210001-17 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

|                                                              |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/12 12/12/10                |  | 5-Sintha<br>AUTORIZADO               |  | 6-Número da Guia Principal<br>8107758   |  | 7-Data Validação da Sintha<br>10/11/12 12/12/10 |  | 432037<br>INTERCÂMBIO            |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| Dados do Beneficiário                                        |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 8-Número da Carteira<br>10102025361340000010101              |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde           |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 13-Nome<br>EVANI RODRIGUES FERREIRA                          |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | 14-Telefone<br>( ) - / - / -     |  | 15-Nome do titular do plano<br>EVANI RODRIGUES FERREIRA                                                    |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RAMAYANA HERINGER LAGE |  | 18-Número no CRO<br>42544            |  | 19-UF<br>RJ                             |  | 20-Código CBO S                                 |  | 025 -<br>Faturar Empresa         |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>113630764770          |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>RAMAYANA HERINGER LAGE    |  | 23-Número no CRO<br>42544            |  | 24-UF<br>RJ                             |  | 25-Código ONES                                  |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RAMAYANA HERINGER LAGE |  | 27-Número no CRO<br>42544                                     |  | 28-UF<br>RJ                          |  | 29-Código CBO S                         |  |                                                 |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados              |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  |                                  |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 30-Tabela                                                    |  | 31-Código do Procedimento                                     |  | 32-Descrição                         |  | 33-Dentista/Régio                       |  | 34-Face                                         |  | 35-Old                           |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 1-01081000030                                                |  | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                         |  | HASD                                 |  | 1                                       |  | 341000                                          |  | 37-Valor                         |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 2-101081513000047                                            |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       |  | HAID                                 |  | 1                                       |  | 361000                                          |  | 38-Franquia/Co-participação RS   |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 3-101081513000047                                            |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       |  | HASE                                 |  | 1                                       |  | 361000                                          |  | 39-Aut                           |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 4-101081513000047                                            |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       |  | HAIE                                 |  | 1                                       |  | 361000                                          |  | 40-Data de Realização            |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 5-101081513000047                                            |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | 41-Motivo da Gênia 42-Assinatura |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 6-1                                                          |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 7-1                                                          |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 8-1                                                          |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 9-1                                                          |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 10-1                                                         |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 11-1                                                         |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 12-1                                                         |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 13-1                                                         |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 14-1                                                         |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 15-1                                                         |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  | x688                             |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                   |  |                            |  |                                                      |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / / /            |  |                                                               |  |                                      |  |                                         |  |                                                 |  |                                  |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>1178100 |  | 47-Valor Total RS<br>10100 |  | 48-Total Franquia / Co-participação RS<br>1111111111 |  |

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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<br>11/11/12/12/10 Ramayana Heringer Lage |  | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente<br>11/11/12/12/10 Ramayana Heringer Lage |  | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/12/12/10 Evani Rodrigues Ferreira |  | 53-Data local e Carimbo da Empresa<br>11/11/12/12/10 Rio das Ostras Odont |  | CNPJ - 32423372000111 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|