

464128
INTERCÂMBIO

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 no contrato. Declaro, ainda que cisi 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 previstos no contrato.

[illegible]

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

442827
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Semha
11/03/126-Número da Guia Principal
81540615-Semha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
10/03/123-Data de Emissão da Guia
11/03/121-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

100202533547600000102

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/03/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARYANA HENTZY PASSOS

14-Telefone

06/02/2003

15-Nome do titular do plano

PATRICIA DA SILVA HENTZY

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

42544

21-Código CNES

RJ

22-UF

RJ

23-Código CBO S

42544

24-UF

RJ

25-Código CBO S

42544

26-UF

RJ

27-UF

RJ

28-UF

RJ

29-UF

RJ

30-UF

RJ

31-UF

RJ

32-UF

RJ

33-UF

RJ

34-UF

RJ

35-UF

RJ

36-UF

RJ

37-UF

RJ

38-UF

RJ

39-UF

RJ

40-UF

RJ

41-UF

RJ

42-UF

RJ

43-UF

RJ

44-UF

RJ

45-UF

RJ

46-UF

RJ

47-UF

RJ

48-UF

RJ

49-UF

RJ

50-UF

RJ

51-UF

RJ

52-UF

RJ

53-UF

RJ

54-UF

RJ

55-UF

RJ

56-UF

RJ

57-UF

RJ

58-UF

RJ

59-UF

RJ

60-UF

RJ

61-UF

RJ

62-UF

RJ

63-UF

RJ

64-UF

RJ

65-UF

RJ

66-UF

RJ

67-UF

RJ

68-UF

RJ

69-UF

RJ

70-UF

RJ

71-UF

RJ

72-UF

RJ

73-UF

RJ

74-UF

RJ

75-UF

RJ

76-UF

RJ

77-UF

RJ

78-UF

RJ

79-UF

RJ

80-UF

RJ

81-UF

RJ

82-UF

RJ

83-UF

RJ

84-UF

RJ

85-UF

RJ

86-UF

RJ

87-UF

RJ

88-UF

RJ

89-UF

RJ

90-UF

RJ

91-UF

RJ

92-UF

RJ

93-UF

RJ

94-UF

RJ

95-UF

RJ

96-UF

RJ

97-UF

RJ

98-UF

RJ

99-UF

RJ

100-UF

RJ

101-UF

RJ

102-UF

RJ

103-UF

RJ

104-UF

RJ

105-UF

RJ

106-UF

RJ

107-UF

RJ

108-UF

RJ

109-UF

RJ

110-UF

RJ

111-UF

RJ

112-UF

RJ

113-UF

RJ

114-UF

RJ

115-UF

RJ

116-UF

RJ

117-UF

RJ

118-UF

RJ

119-UF

RJ

120-UF

RJ

121-UF

RJ

122-UF

RJ

123-UF

RJ

124-UF

RJ

125-UF

RJ

126-UF

RJ

127-UF

RJ

128-UF

RJ

129-UF

RJ

130-UF

RJ

131-UF

RJ

132-UF

RJ

133-UF

RJ

134-UF

RJ

135-UF

RJ

136-UF

RJ

137-UF

RJ

138-UF

RJ

139-UF

RJ

140-UF

RJ

141-UF

RJ

142-UF

RJ

143-UF

RJ

144-UF

RJ

145-UF

RJ

146-UF

RJ

147-UF

RJ

148-UF

RJ

149-UF

RJ

150-UF

RJ

151-UF

RJ

152-UF

RJ

153-UF

RJ

154-UF

RJ

155-UF

RJ

156-UF

RJ

157-UF

RJ

158-UF

RJ

159-UF

RJ

160-UF

RJ

161-UF

RJ

162-UF

RJ

163-UF

RJ

164-UF

RJ

165-UF

RJ

166-UF

RJ

167-UF

RJ

168-UF

RJ

169-UF

RJ

170-UF

RJ

171-UF

RJ

172-UF

RJ

173-UF

RJ

174-UF

RJ

175-UF

RJ

176-UF

RJ

177-UF

RJ

178-UF

RJ

179-UF

RJ

180-UF

RJ

181-UF

RJ

182-UF

RJ

183-UF

RJ

184-UF

RJ

185-UF

RJ

186-UF

RJ

187-UF

RJ

188-UF

RJ

189-UF

RJ

190-UF

RJ

191-UF

RJ

192-UF

RJ

193-UF

RJ

194-UF

RJ

195-UF

RJ

196-UF

RJ

197-UF

RJ

198-UF

RJ

199-UF

RJ

200-UF

RJ

201-UF

RJ

202-UF

RJ

203-UF

RJ

204-UF



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

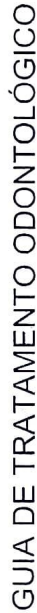
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/11/12/10	4-Data de Autorização 10/14/10/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8154100	7-Data Validade da Sentença 11/17/10/13/12/11	442839 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10102025332171000000101011	9-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/17/11/12/11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLAUDIA CORREA DE SOUZA SILVA		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 003 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11316131071647101111		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
25-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		26-Número no CRO 42544		27-UF RJ	28-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão - 2 Assinatura
1	101081511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	34	ODM	1	1122100	0,10	0,10	1	10/14/10	Assinatura
2											
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 1-1.Tratamento Odontológico 2-Exatim Rápido 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1.Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122100	47-Valor Total R\$ 1010101010	48-Valor Franquia / Co-participação R\$ 11111111
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições de profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e pelo profissional assistente, 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 Beneficiário - Resposta em 10/14/10/12/11 Ramayana Heringer Lage CRO RJ	51-Data local e Assinatura do Profissional Assistente - Resposta em 10/14/10/12/11 Ana Claudia Correa de Souza CRO RJ	52-Data local e Assinatura da Empresa - Resposta em 10/14/10/12/11 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17
---------------	--	--	---



Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		RAMAYANA HERINGER LAGE							
11		3		6		3		0	
1		7		6		4		7	
1		7		0		1		1	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF									
RAMAYANA HERINGER LAGE									
22-Nome do Contratado Execulante									
RAMAYANA HERINGER LAGE									
26-Nome do Profissional Execulante									
RAMAYANA HERINGER LAGE									
18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		23-Número no CRO		24-UF	
42544		RJ				42544		RJ	
27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S		25-Código CNES			
42544		RJ							

[illegible]

9-Observação

CNPJ - 324233140001

2-N^o465564
INTERCÂMBIO02541- Motivo da Glosa 42-Assinatura-48- Total Franquia / Co-participação R\$

20-04000000

Astruc Odonto

53 Data local e corrente Rio das Ostras 0001-17

CNPJ - 324233720001-11

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{as}



465555
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 | 9 | / | 0 | 4 | / | 2 | 1 |

6-Número da Guia Principal
8249829

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10 | 15 | / | 0 | 12 | / | 2 | 1 |

3-Data de Emissão da Guia
12 | 9 | / | 0 | 1 | / | 2 | 1 |

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARLLON DOS SANTOS FERREIRA

15-Nome do titular do plano
MARLLON DOS SANTOS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

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

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

26-Nome do Profissional Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiao	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class
1-0001810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00			15/10/2012	x HALLER
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00			15/10/2012	x HALLER
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00			15/10/2012	x HALLER
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00			15/10/2012	x HALLER
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00			15/10/2012	x HALLER
6-0001853000047											
7-0001853000047											
8-0001853000047											
9-0001853000047											
10-0001853000047											
11-0001853000047											
12-0001853000047											
13-0001853000047											
14-0001853000047											
15-0001853000047											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
117,80

47-Valor Total R\$
10,10

48-Franquia / Coparticipação R\$
11,10

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 este procedimento(s) odontológico(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
10/15/1012/1211 Ramayana Heringer Lage
51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/15/1012/1211 x Haller dos Santos
52-Data local e Assinatura da Empresa
10/15/1012/1211 Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 324233720001-17

