

2-Me



Dados do Beneficiário

MAY[illegible]26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Trabalho / Procedimentos Solicitados

--	--	--	--	--	--

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e os procedimentos nele previstos, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

○ ○ ○ ○ ○

2429



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



391819
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/11 01/12/01	4-Data de Autorização 11/14/11 01/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941750	7-Data Validação da Semeta 10/15/11 01/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102153237261010101011011	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome NATHALIA CRISTINA ALVES DE SOUZA	27/07/1986	15-Nome do titular do plano NATHALIA CRISTINA ALVES DE SOUZA
---	------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante AURE ODONTO	18-Número no CRO 2681	19-UF MA	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
-------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010171213410181351111	22-Nome do Contratado Executante RAISSA MACIEL CARVALHAL LIMA	23-Número no CRO 2681	24-UF MA	25-Código CHES MA	26-Código CBO S
---	--	--------------------------	-------------	----------------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante RAISSA MACIEL CARVALHAL LIMA	27-Número no CRO 2681	28-UF MA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Denúncia Região	34- Fico	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1-10	101	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3	4	10	10	10	10	10
2-10	101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6	10	10	10	10	10
3-10	101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6	10	10	10	10	10
4-10	101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6	10	10	10	10	10
5-10	101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6	10	10	10	10	10
6-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
7-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
8-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
9-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
10-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
11-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
12-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
13-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
14-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
15-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
16-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
17-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
18-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
19-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
20-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
21-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
22-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
23-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
24-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
25-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
26-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
27-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
28-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
29-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
30-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
31-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
32-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
33-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
34-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
35-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
36-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
37-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
38-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
39-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
40-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
41-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
42-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
43-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
44-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
45-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
46-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
47-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
48-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
49-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
50-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
51-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
52-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
53-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
54-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
55-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
56-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
57-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
58-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
59-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
60-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
61-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
62-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
63-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
64-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
65-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
66-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
67-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
68-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
69-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
70-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
71-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
72-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
73-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
74-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
75-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
76-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
77-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
78-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
79-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
80-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
81-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
82-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
83-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
84-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
85-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
86-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
87-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
88-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
89-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
90-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
91-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
92-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
93-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
94-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
95-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
96-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
97-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
98-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
99-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10
100-10	101	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6	1	10	10	10	10	10

Decido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Consultado/Dono da Empresa 03/11/2010 Re	51-Data, local e Assinatura do Consultado/Dono da Empresa 03/11/2010 Re	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2010 Nathalia de Souza	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/11/2010
--	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



397293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/10	4-Data de Autorização 12/11/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964440	7-Data Validade da Sentença 14/10/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1012012513213721601010101010121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome KANNANDA NATHALY DE SOUZA BONA	20/04/2006	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NATHALIA CRISTINA ALVES DE SOUZA
---	------------	------------------------------	---

16-Ambulatório a BN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURE ODONTO	18-Número no CRO 2681	19-UF MA	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010712134108131511	22-Nome do Contratado Executante RAISSA MACIEL CARVALHAL LIMA	23-Número no CRO 2681	24-UF MA	25-Código ONES	26-Código CBO S
--	--	--------------------------	-------------	----------------	-----------------

25-Nome do Profissional Executante RAISSA MACIEL CARVALHAL LIMA	27-Número no CRO 2681	28-UF MA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica	42-Assinatura
1-01018110101010301		CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	1,00			16/10/2020	Nathalia	
2-010184010101019181		PROFILAXIA: POLIMENTO				15	1,00			16/10/2020	Nathalia	
3-010184010101019181		PROFILAXIA: POLIMENTO				15	1,00			16/10/2020	Nathalia	
4-010184010101019181		PROFILAXIA: POLIMENTO				15	1,00			16/10/2020	Nathalia	
5-010184010101019181		PROFILAXIA: POLIMENTO				15	1,00			16/10/2020	Nathalia	
6-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
7-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
8-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
9-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
10-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
11-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
12-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
13-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
14-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	
15-010185110101019161		RESTAURAÇÃO RESINA				16	1,00			16/10/2020	Nathalia	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 418,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Consultado, Dentista Solicitante 03/11/11, 20, 20 Re	51-Data, local e Assinatura do Consultado, Dentista 03/11/11, 20, 20 Re	52-Data, local e Assinatura do Responsável / Representante 03/11/11, 20, 20 Nathalia Cristina Alves de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---