

[illegible]

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-XP

452191
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Guia
11/12/10 4/1/21

6-Número da Guia Principal
8188692

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/19/10 11/12/11

3-Data de Emissão da Guia
11/12/10 11/12/11

2-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/12/10 4/1/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0101202534038000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data de Validade da Guia 11/12/10 11/12/11		14-Telefone (11) 11111111	
1-Nome JULLIA PIERUCCINI BARBOSA DE OLIVEIRA		11/06/2011		15-Nome do titular do plano CHEILA PIERUCCINI		16-Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/12/11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 42544		19-UF RJ		20-Código CBO S 025	
16-Admissionista a R.N. N		17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (01) 85100200	
21-Cópia na Operadora (CNPJ) Cód 1136307164770		22-Nome do Contratado Exequente RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Número no CRO 42544		26-Código CBO S 42544	
28-Nome do Profissional Exequente RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544		28-UF RJ		29-Código CBO S 42544	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região 26 OD		34-Face OD		35-Qtd 1		36-Quantidade US 818100		37-Valor 010185100200		38-Franchisa/Co-participação R\$ 010185100200		39-Aut 010185100200		40-Data de Realização 11/19/10 11/12/11		41-Método da Guia 42-Atividade			
30-Tábua 100185100200		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 26 OD		34-Face OD		35-Qtd 1		36-Quantidade US 818100		37-Valor 010185100200		38-Franchisa/Co-participação R\$ 010185100200		39-Aut 010185100200		40-Data de Realização 11/19/10 11/12/11		41-Método da Guia 42-Atividade	
1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3		3		3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4		4		4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7		7		7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8		8		8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9		9		9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11		11		11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12		12		12		12		12		12		12	
13		13		13		13		13		13		13		13		13		13		13	
14		14		14		14		14		14		14		14		14		14		14	
15		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/10 11/12/11		44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Especializado, 2 Tratamento Radiológico, 3 Ortodontia, 4 Urgência/Emergência		45-Valor de Faturamento 1 Total, 2 Parcela		46-Total Quilômetro US 818100		47-Valor Total R\$ 010185100200		48-Valor Franchisa/Co-participação R\$ 010185100200	
---	--	---	--	---	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--	--	--

Declaro que após ter sido devolvido e se esgotarem sobre os próprios custos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições de pagamento estabelecidas no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) apresentado(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta de profissional autônomo 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 Paciente 11/19/10 11/12/11		51-Data local e Assinatura do Profissional Responsável 11/19/10 11/12/11		52-Data local e Assinatura do Beneficiário 11/19/10 11/12/11		53-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		54-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		55-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		56-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		57-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		58-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		59-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11		60-Data local e Assinatura do Operador 11/19/10 11/12/11	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Odontas Odonto
Rio das Odeas
CNPJ - 3242337210001-17

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.40

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/1011/1211	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188537	7-Data Validação da Sintha 11/12/1014/1211	452163 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202153403380000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/1011/11
12-Número da Carteira Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome CHEILA PIERUCCINI		14-Teléfono (111) 11111111		15-Nome do titular do plano CHEILA PIERUCCINI	

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
21-Código da Operadora / CNPJ - CPF 113613107647701111	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	
Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100218 (0) 85100218					

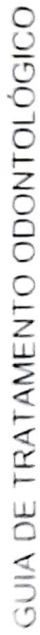
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										32-Descrição	33-Dente Regiao	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Sintha	42-Valor da Sintha		
1	0	0	8	5	1	0	2	1	8	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	1	12	2	0	0	1	19/11/11	214	
2	0	0	8	5	1	0	2	1	8	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOD	1	1	1	2	2	0	0	1	19/11/11	214
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

42-Data Prevista 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 1244100	47-Valor Total R\$ 101010	48-Taxa Franquia/Co-participação R\$ 111111
--	---	---	-----------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esboçado sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações de profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que, os procedimentos (descritos) acima e por mim assinados(s), 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 realzado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
50-Data e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 11/12/1011/1211 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	51-Data e Assinatura do Profissional Assistente 11/12/1011/1211 x CHEILA PIERUCCINI CRO RJ 42544
52-Data e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 11/12/1011/1211 RAMAYANA HERINGER LAGE CRO RJ 42544	
53-Data e Assinatura do Profissional Assistente 11/12/1011/1211 x CHEILA PIERUCCINI CRO RJ 42544	
54-Data e Assinatura do Profissional Assistente 11/12/1011/1211 x CHEILA PIERUCCINI CRO RJ 42544	
55-Data e Assinatura do Profissional Assistente 11/12/1011/1211 x CHEILA PIERUCCINI CRO RJ 42544	

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17

[illegible]

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

452139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/0111/1211	4-Data de Autorização 11/19/1011/1211	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Prontuário 8188486	7-Data Validação da Sentença 11/21/0141/1211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012101215319315371010101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome TAIRINE DOLORES DO NASCIMENTO					
14-Telefone (11) 1111111111					
15-Nome do titular do plano TAIRINE DOLORES DO NASCIMENTO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113163107161477011					
22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE					
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regado	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
1-010181511002101011	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MO	1	8	810101	0114151101411211					
2-010181511002101011	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MO	1	8	810101	0114151101411211					
3-111111111111111111												
4-111111111111111111												
5-111111111111111111												
6-111111111111111111												
7-111111111111111111												
8-111111111111111111												
9-111111111111111111												
10-111111111111111111												
11-111111111111111111												
12-111111111111111111												
13-111111111111111111												
14-111111111111111111												
15-111111111111111111												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1111111111	45-Valor de Tratamento 1111111111	46-Valor de Franquia / Co-participação R\$ 1111111111
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações de tratamento, comprometendo-me a pagar em nome e por conta própria ao profissional contratado que assina esse documento, os valores e honorários do tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Assinatura	49-Data	50-Data	51-Data	52-Data	53-Data	54-Data	55-Data	56-Data	57-Data	58-Data	59-Data	60-Data	61-Data	62-Data	63-Data	64-Data	65-Data	66-Data	67-Data	68-Data	69-Data	70-Data	71-Data	72-Data	73-Data	74-Data	75-Data	76-Data	77-Data	78-Data	79-Data	80-Data	81-Data	82-Data	83-Data	84-Data	85-Data	86-Data	87-Data	88-Data	89-Data	90-Data	91-Data	92-Data	93-Data	94-Data	95-Data	96-Data	97-Data	98-Data	99-Data	100-Data
---------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 324233720001-17



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

456662
INTERCÂMBIO

7. Data Validação da Guia
11/09/2014 11/21

6. Número da Guia Prática
8208244

5. Sentença
AUTORIZADO

4. Data de Autorização
12/01/01 11/21

3. Data de Emissão da Guia
11/09/01 11/21

1. Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário	
8. Número da Carteira	10. Empresa
01012021253481211000001011	DENTAL UNI COOPERATIVA
11. Data Validade da Carteira	
12. Número do Cartão Nacional de Saúde	
13. Nome	
ELAINE CRISTINA SILVA DA COSTA	
14. Endereço	
ELAINE CRISTINA SILVA DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16. Atendimento a RN	17. Nome do Profissional Solicitante
N	RAMAYANA HERINGER LAGE
18. Número de RG	
42544	
19. UF	
RJ	
20. Código CBO S	
Faturar Empresa	
21. Código na Operadora / CNPJ / CPE	
13630764770	
22. Nome do Contratado Executante	
RAMAYANA HERINGER LAGE	
23. Nome do Profissional Executante	
RAMAYANA HERINGER LAGE	
24. UF	
RJ	
25. Código CBO S	
42544	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30. Indicação	31. Descrição	32. Quantidade	33. Data Regulação	34. Fase	35. Grau	36. Quantidade	37. Valor	38. Franquia Coparticipação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Médico da Clínica
1	100181101010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	11	1	1	34	00	0	0	11/01/12	11/12
2	1001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	11	1	1	36	00	0	0	11/01/12	11/12
3	1001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	11	1	1	36	00	0	0	11/01/12	11/12
4	1001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	11	1	1	36	00	0	0	11/01/12	11/12
5	1001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

42. Data de Término do Tratamento	43. Tipo de Atendimento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Atendimento	46. Tipo de Atendimento	47. Tipo de Atendimento	48. Tipo de Atendimento
11/01/12	11/01/12	11/01/12	11/01/12	11/01/12	11/01/12	11/01/12

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos de tratamento, os custos e alternativas de tratamento, optei por realizar o tratamento proposto, assumindo a responsabilidade por todos os custos e despesas envolvidas, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) odontológico(s) acima e por mim assinado(s) foi(m) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, complementando-o a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente		Assinatura do Profissional		Assinatura da Operadora	
ELAINE CRISTINA SILVA DA COSTA		RAMAYANA HERINGER LAGE		RAMAYANA HERINGER LAGE	
12/01/01 11/21		12/01/01 11/21		12/01/01 11/21	
CRO RJ 42544		CRO RJ 42544		CRO RJ 42544	
Rio das Ostras Odonto		Rio das Ostras Odonto		Rio das Ostras Odonto	
CNPJ - 32423372/0001-17		CNPJ - 32423372/0001-17		CNPJ - 32423372/0001-17	



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 9 / 0 1 / 2 1		4-Data de Autorização 1 2 1 / 0 1 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8209603		7-Data Validade da Senha 1 1 9 / 0 4 / 2 1		456991 INTERCAJEIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 9 0 2 2 0 0 0 0 1				9-Pano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _		12-Instituição de Cuidado Nacional de Saúde			
13-Nome MARCIA ANDREA DOS SANTOS SALES													
14-Teléfono (_ _) _ _ - _ _ _ _													
15-Nome do titular do plano MARCIA ANDREA DOS SANTOS SALES													
06/09/1982													

Debitos do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Identificação e RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		RAMAYANA HERINGER LAGE		RAMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ			
21-Código na Operadora - CNPJ - (CNPJ)		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES			
11361307641770		RAMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ					
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S					
RAMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ							

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, incluindo o uso dos medicamentos necessários para o mesmo, comprometendo-me a cumprir as orientações médicas necessárias ao sucesso da terapia, bem como a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina este documento, os valores anteriormente acordados.

19. Chomsky, N. (1965). The syntax-semantics relation. *Philosophical Review*, 74, 301-315.

51 - Data local e Assinatura do Gerente	52 - Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data local e Assinatura do Emissor
12/4/10 11/12/11	12/4/10 4/1/12	12/4/10 4/1/12
<i>[Assinatura]</i> Ramayana Gerente CRP 42564	<i>[Assinatura]</i> Ramayana Beneficiário CRP 42564	Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17