

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 meu plano de saúde e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores e a forma de pagamento, conforme previsto no contrato.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário 12/6/10 11/21 Ramalho Gustavo	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/10 11/21 Ramalho Gustavo	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/10 11/21 xandara Rosa	53-Data local e Comissão da Empresa 12/6/10 11/21 Rio das Ostras Odonto
--	---	---	---

CNPJ - 32423372/0001-17

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-49

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01 11/211	4-Data de Autorização 12/7/01 11/211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8214045	7-Data Validação da Sertina 12/01/04 11/211	458414 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0101202534873100000101011	9-Plano 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 DAIANE MAGRO DE MORAES		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano DAIANE MAGRO DE MORAES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Adquirente 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 113163017164770111		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Número no CRO 42544	24-UF RJ
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										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa - 42-Justificativa
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa - 42-Justificativa	43-Valor Total R\$	44-Valor Total R\$	45-Valor Total R\$
1	01018110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	12/13/01 11/211				
2	01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	12/13/01 11/211				
3	01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	12/13/01 11/211				
4	01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	12/13/01 11/211				
5	01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	12/13/01 11/211				
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43-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	117,80	0,00	0,00	47-Valor Total R\$
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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.														
48-Observação														

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/01 11/211 Ramayana Heringer Lage	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/13/01 11/211 Ramayana Heringer Lage	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/01 11/211 x DAIANE MAGRO DE MORAES	53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/01 11/211 x DAIANE MAGRO DE MORAES
CNPJ - 324233720001-17			



2.45

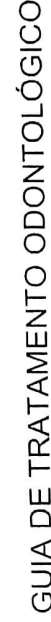
454978 INTERCAMBIO

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os preços, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações de enfermagem assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com o 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 estabelecidos no contrato, incluindo, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

52 Data local e Assinatura do Beneficiário: <u>Rafael</u> <u>12/11/2011</u>	53 Data local e Assinatura do Responsável: <u>H. L. 302</u> <u>12/11/2011</u>	54 Data local e Assinatura do Beneficiário: <u>Rafael</u> <u>12/11/2011</u>	55 Data local e Assinatura do Responsável: <u>H. L. 302</u> <u>12/11/2011</u>
--	--	--	--

52 Data local e Assinatura do Beneficiário: <u>Rafael</u> <u>12/11/2011</u>	53 Data local e Assinatura do Responsável: <u>H. L. 302</u> <u>12/11/2011</u>	54 Data local e Assinatura do Beneficiário: <u>Rafael</u> <u>12/11/2011</u>	55 Data local e Assinatura do Responsável: <u>H. L. 302</u> <u>12/11/2011</u>
--	--	--	--



458298

1-Registro ANS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

...Caja de temporaria para definitiva.

...Caja de temporaria para definitiva.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os preços, taxas, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, conforme acima solicitados, compreendendo-me a cumprir as obrigações de avaliação social assistente e atcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (s) procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu nome e por minha conta, de profissional contratado que assinou esse documento, os valores cobrados, em relação ao tratamento realizado, compreendendo-me a aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário)	12/3/10/1/211	Assinatura	12/3/10/1/211	51-Data local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário)	12/3/10/1/211	Assinatura	12/3/10/1/211	52-Data local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário)	12/3/10/1/211	Assinatura	12/3/10/1/211
50-Data local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário) 51-Data local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário) 52-Data local e Assinatura do Beneficiário (Beneficiário)											

CNPJ - 32423372/0001-17

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



208

7-Data Validação da 2ª e 3ª	1 9 / 1 0 / 4 1 / 2 1 1
6-Número da Guia Principal	8207878
5-Senha	AUTORIZADO
4-Data de Autorização	12 8 / 1 0 / 1 1 / 2 1 1
3-Data de Emissão da Guia	1 9 / 1 0 / 1 1 / 2 1 1
2-Registro ANS	AD64114

456589

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 5 9 1 6 0 0 0 0 1 0 1													9-Plano POS REDE PRESTADORA													10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/													12-Número do Cartão Nacional de Saúde																									
13-Nome GLAUCIA ALVES LEAL LEITE																										14-Telefone (_) _ _ _ - _ _ _ _																										15-Nome do titular do plano GLAUCIA ALVES LEAL LEITE																									
05/10/1971																																																																													

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	RAMAYANA HERINGER LAGE		18-Número no CRO	42544	19-UF	RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF	1131630764770111		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

[illegible]

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, conforme meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores e o prazo estabelecidos no contrato, bem como de outros conforme previsto em contrato.

49-Conservação

[illegible]

CR0 R4 102-204

CRO 12

Rio das Ostras Odontologia
CNPJ - 32423372/0001-17



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N²457151
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/9/0111/211		4-Data de Autorização 12/8/0111/211		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8210517		7-Data Validade da Sineta 11/9/0114/211		457151 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário												12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
8-Número da Carteira 000120125348762010001011												11-Data Validade da Carteira 11/11/1111			
9-Plano POS REDE PRESTADORA												10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS												14-Telefone (111) 1111111111		15-Nome do titular do plano NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS	
13/1/2001															

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		RAYMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ		0225 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
11361301716471710111		RAYMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
RAYMAYANA HERINGER LAGE		42544		RJ					

[illegible][illegible]

☐ _____

* Tratamento Odontológico - Zé Alexandre Rabelo dos Santos
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações de cuidados orais assistente e acatar com os custos previstos em contrato.
Declaro, ainda que cto) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s).
Assinatura: _____ Data: ____/____/____

49. Qışın vaxtdan

3-Duas localidades: Caminho da Empresa
12/29/10 11/1/12 L
Rio das Ostras **Odonto**
CNPJ - 32423372/0001-17

ES0100317

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/9/2011/21 x Natália

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: H. Lage

CRO