

22



330207
INTERCAMBIO

105-0256 v. 10, p. 285-292, 1997.

[illegible]

50-0175, Dept. of Agriculture, via Comptroller-General, Ex. 11, 1907

51-Dagbong, Ismael M. Agustin Agustin de Cuyas de Cuyas de

52. Costa, Brazil e Argentina do Departamento / Departamento de

2005, 10/10/2005



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 4-Data de Autorização 13/01/10 5-Série CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 7662736 7-Data Validade da Série 12/03/10 8-Intercambio 330007

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SANCNEY RODRIGUES ALVES 14-Teléfono (1211) 31514615191011 15-Nome do titular do plano SANCNEY RODRIGUES ALVES

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora CNPJ / CPF 1141512331747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cc-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moção da Carga	42-Assinatura
1-0101811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11		341000						
2-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		11		3161010						
3-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		11		3161010						
4-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		11		3161010						
5-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		11		3161010						
6-0101853000471												
7-0101853000471												
8-0101853000471												
9-0101853000471												
10-0101853000471												
11-0101853000471												
12-0101853000471												
13-0101853000471												
14-0101853000471												
15-0101853000471												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11781010 47-Valor Total R\$ 10101010 48-Total Franquia / Cc-participação R\$

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), 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 Consultado Dentista Solicitante 01/11/08/11/20 51-Data local e Assinatura do Consultado Dentista 01/11/08/11/20 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/08/11/20 53-Data local e Assinatura do Operador 01/11/08/11/20



330477
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 12/06/10 16/12/01	3-Senha 13/01/016/12/01	4-Data de Autorização 13/01/016/12/01	5-Status CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7665284	7-Cota Validada da Senha 12/01/019/12/01
--------------------------	---	----------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/012/012/5/1/0/2/2/0/3/0/0/2/3/0/3/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome SERGIO NAUM COROA	14-Telefone 12/03/1958	15-Nome do titular do plano SERGIO NAUM COROA
------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	21-Data de Realização Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------	--

22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Número no CRO S RJ	27-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	----------------	--------------------------	-----------------

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denervação	34-Fica	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método da Glaxia	42-Assinatura
1-0	0181101010165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	0,10	0,10	0,10	01/01/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

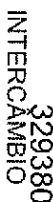
43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Toda 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1/1/1/1/1/1
---	--	--	---------------------------------	-----------------------------	--

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 (c) procedimento(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-Observado

50-Data, local e Assinatura do Consulto-Dentista Solicitante 01/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Consulto-Dentista 01/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/2010
--	--	---	--

2-N-



Assinado por: Almeida Soares



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



330056
INTERCÂMBIO

Itaú Qualificação para você 30/09

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 06/12/10	4-Data de Autorização 13/01/10 06/12/10	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7662985	7-Data Validade da Sentença 12/03/10 09/12/10
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/10 25/03/10 20/02/10 01/01/10 10/11/10	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 JEFFERSON BEZERRA DOS SANTOS	24/08/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEFFERSON BEZERRA DOS SANTOS
---	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114151512313131714171111	22-Nome do Contratado Precuidado RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Índice 1-10/1081100101065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região 1	34-Fase 1	35-Clínica 13141010	36-Quantidade US 101001	37-Valor 511011107120	38-Franquia/Participação R\$ 1200	39-Anti 1	40-Data de Realização 12/05/10	41-Motivo da Guia 42-Assinatura 1200
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 Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tipos de Atendimento	45-Tipo de Realização 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantidade US 13141010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111
--	--	--	------------------------------------	------------------------------	---

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 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), 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 10/11/10 10/11/10	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 10/11/10	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 10/11/10	53-Data local e Carimbo da Empresa 10/11/10 10/11/10
---------------	---	---	---	---



324928
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/06/10 4-Data de Autenticação 11/09/10 5-Senha CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7636470 7-Data Validade da Guia 11/14/10 8-Data Validade da Guia 11/19/10

8-Número da Carteira 1010210215279114700101152011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LEIJI INTERMEDIACAO S A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JHONANTA ALVES VENANCIO 25/02/1995 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano JHONANTA ALVES VENANCIO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141515121313171471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentistaRegião	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-101018110101016151		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,410,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
2-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
3-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
4-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
5-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
6-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
7-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
8-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
9-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
10-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
11-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
12-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
13-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
14-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
15-1010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,610,00	0,010,00		1	01/07/12	01	
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$	49-Observação						
11/11/11	1-1 Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1	117,810,00	0,010,00							

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) 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 Solicitante 11/06/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



303543

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/08/10 3/12/10 4-Dia de Autorização 15/10/16/12/10 5-Sentença CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7492654 7-Dia Validade da Sentença 16/10/16/12/10

8-Número da Carteira 101021012152611491210101010110121 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa RAFAEL ROSAS CHAFIM AGUIAR 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LEANDRO BARBOSA LOPES 14-Telefone 19/09/1992 15-Nome do titular do plano RAFAEL ROSAS CHAFIM AGUIAR

16-Adiantamento a R\$ N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11451512313131317471 22-Nome do Contratado Executor RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executor RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	01811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	1	134,10	10,10		1	11/01/07/12/10		
2-10	01813101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	136,10	10,10		1	11/01/07/12/10		
3-10	01813101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	136,10	10,10		1	11/01/07/12/10		
4-10	01813101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	136,10	10,10		1	11/01/07/12/10		
5-10	01813101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	136,10	10,10		1	11/01/07/12/10		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia de Tratamento 1/1/1/1/1/1 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,10 47-Valor Total R\$ 110,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/16/12/10 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/16/12/10 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/16/12/10 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 15/10/16/12/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



322637
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/19/01 15/12/01 4-Data de Autenticação 11/15/01 16/12/01 5-Semeta CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7625482 7-Dia Validade da Semeta 10/17/01 19/12/01

8-Número da Carteira 10/10/12 10/12/15 12/27/16 16/13/10 10/10/15 18/19/10 11 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome LEILIANE AZEVEDO DOS SANTOS 25/04/1970 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LEILIANE AZEVEDO DOS SANTOS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1145152333747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	018	1000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,4	10,0		10,0	01/07/2011		Recebi em
2-0	018	1300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,6	10,0		10,0	01/07/2011		Recebi em
3-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,6	10,0		10,0	01/07/2011		Recebi em
4-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,6	10,0		10,0	01/07/2011		Recebi em
5-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,6	10,0		10,0	01/07/2011		Recebi em
6-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-0	018	1530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Dia Previsto Técnico do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Cop-participação R\$

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/19/01 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/02/11/01 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/01/11/01 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 10/11/01/11/01

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 Copradora 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-Quasevazio

0.15



^o Sougar do Veriminto



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AINS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/0151/2101	4-Data de Autorização 15/01/0151/2101	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7626487	7-Data Validade da Sentença 10/08/0191/2101
---------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRAFER CONSTRUÇÕES	11-Data Validade da Carteira 11/01/01/01/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCAMBIO
--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome ISABELA OLIVEIRA SANTIAGO	14-Telefone 21/05/1989	15-Nome do Titular do plano JUIJO CEZAR DELGADO PIRES
--------------------------------------	---------------------------	--

16-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	17-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	18-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	19-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	20-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	21-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	22-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	23-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	24-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	25-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	26-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	27-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	28-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	29-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	30-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	31-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	32-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	33-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	34-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	35-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	36-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	37-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	38-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	39-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	40-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	41-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	42-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	43-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	44-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	45-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	46-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	47-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	48-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	49-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	50-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	51-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	52-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	53-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	54-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	55-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	56-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	57-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	58-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	59-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	60-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	61-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	62-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	63-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	64-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	65-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	66-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	67-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	68-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	69-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	70-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	71-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	72-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	73-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	74-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	75-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	76-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	77-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	78-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	79-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	80-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	81-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	82-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	83-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	84-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	85-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	86-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	87-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	88-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	89-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	90-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	91-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	92-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	93-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	94-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	95-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	96-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	97-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	98-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	99-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES	100-Endereço e Referência Rafaela ARAUJO RODRIGUES
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

31-Tela CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Old 1	36-Quantidade US 13	37-Valor 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 511,01	39-Aut 1	40-Data de Realização 01/07/2011	41-Motivo da Doença 42-Assinatura [Assinatura]
----------------------------------	---------------------------------------	----------------------	--------------	-------------	------------------------	-------------------	---	-------------	-------------------------------------	--

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/01/01/01	44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/01/01/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/01/01/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/01/01/01	53-Data, local e Assinatura do Responsável 01/01/01/01/01
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AOS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/19/05 12/20 4-Dia de Autorização 15/10/05 12/20 5-Semeta CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 7622479 7-Dia Validade da Semeta 10/17/05 19/12/05

322151
INTERCÂMBIO

8-Nome da Carteira 10-12-00-2-5-1-0-2-2-0-3-0-0-2-2-4-3-0-2 8-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome 14-Data de Emissão da Guia 06/10/1974 14-Tabela 13-4-9-7-0-4-2-2 15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DE CARVALHO UEMA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 114515123337471 22-Nome do Contratado Excelente RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-DUI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,00		10,00		10,00	10,00
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,00		10,00		10,00	10,00
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,00		10,00		10,00	10,00
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,00		10,00		10,00	10,00
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,00		10,00		10,00	10,00
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Diagnóstico 49-Valor Franquia / Co-participação R\$

Declaram, 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. Declaram, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2005 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2005 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2005 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2005

Carimbo e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/16 4-Data de Autorização 11/15/16 5-Senha CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 7626445 7-Data Validade da Senha 10/18/19 822815 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

101012012151101212101310131012191011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade via Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CHARLES DE OLIVEIRA RODRIGUES

16/12/1989

14-Telefone

15-Nome do titular do plano CHARLES DE OLIVEIRA RODRIGUES

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

18-Número no CRO 44678

19-UF RJ

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11451523337471

22-Nome do Contratado Especialista RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

23-Número no CRO 44678

24-UF RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

27-Número no CRO 44678

28-UF RJ

29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Class.	42-Assinatura
1-10	10181101010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
2-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
3-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
4-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
5-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
6-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
7-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
8-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
9-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
10-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
11-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
12-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
13-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
14-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	
15-10	10181531010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,6	10,10	10,10	1	10/17/12	01	

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11781010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 Solicitante 01/10/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/16 52-Data, local e Assinatura do Paciente / Responsável 01/11/16 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



325604
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 16/12/10	4-Data de Autorização 12/14/10 16/12/10	5-Série CONCLUIDO	6-Numero da Guia Principal 7639844	7-Data Validade da Guia 11/5/10 19/12/10
8-Numero da Carteira 10/012/012/52743630000101011	9-Planos POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Numero da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome JOYCE MARCELLE ALVES COSTA	14/04/1993	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOYCE MARCELLE ALVES COSTA		
16-Endereço a R/U N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Numero no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operador / CNPJ / CPE 11451523337471111	22-Nome do Contratado Excutante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Numero no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excutante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Numero no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CRO S		
30-Telefone 31-Código do Procedimento 1-0101810101016151	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 34-Face 35-Old 36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Causa 42-Assinatura
1-0101810101016151	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1111111131410101	010101	51101110171201	
2-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
3-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
4-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
5-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
6-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
7-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
8-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
9-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
10-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
11-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
12-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
13-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
14-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
15-0101810101014711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1111111131610101	010101	51101110171201	
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1178110101	1010101	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 pegar 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

01/10/11/10

luc

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/10/11/10

luc

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/10/11/10

53-Data, local e Assinatura da Empresa

01/10/11/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 11/2/01 4-Dado de Autorização 15/01/975 5-Serão CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7630856 7-Dado Validade da Guia 11/01/09/210

32377
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/01/210 21530371190101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dado Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDRE VINICIUS DA SILVA FERNANDES 14-Teléfono (11) 11111111 15-Nome do titular do plano ANDRE VINICIUS DA SILVA FERNANDES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 114515213131317471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CBO 6

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

30-Fluxo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0101811000016151	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	11	131410101	1010101			11/01/210		CA
2-0101815310004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		11	11	131610101	1010101			11/01/210		CA
3-0101815310004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		11	11	131610101	1010101			11/01/210		CA
4-0101815310004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		11	11	131610101	1010101			11/01/210		CA
5-0101815310004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		11	11	131610101	1010101			11/01/210		CA
6-0101815310004171												
7-0101815310004171												
8-0101815310004171												
9-0101815310004171												
10-0101815310004171												
11-0101815310004171												
12-0101815310004171												
13-0101815310004171												
14-0101815310004171												
15-0101815310004171												

43-Dado Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11781010 47-Valor Total R\$ 1010101 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 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), 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.

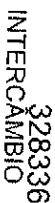
49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cliente Dentista Solicitante 51-Dado, local e Assinatura do Profissional Responsável 52-Dado, local e Assinatura do Operador de Saúde 53-Dado, local e Assinatura do Profissional Contratado

2-N⁺

Domènec Funtó de la Vansa

2-N



420 Observando

2-N



5



327961
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/10/2019 4-Dia de Autorização 12/09/2019 5-Semha CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7650239 7-Dia Validade da Semha 12/10/2019

8-Número do Contrato 00000000000000000000 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade do Contrato 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome KELLEN LUCI DE SOUZA GOMES 14-Telefone 28/08/1985 15-Nome do titular do plano KELLEN LUCI DE SOUZA GOMES

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1415151231317471 22-Nome do Contratado Excelente RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	13,14	10,10	10,10	1	1	1	1
2-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
3-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
4-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
5-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
6-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
7-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
8-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
9-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
10-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
11-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
12-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
13-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
14-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1
15-0	0	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	3,16	10,10	10,10	1	1	1	1

43-Dia Previsto Término de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2019 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2019 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2019 53-Dia, local e Assinatura de Empresa 01/11/2019

Souza GOMES


322883
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/01 6/12/01 4-Dia de Autorização 11/01/01 6/12/01 5-Serão CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7626838 7-Dia Válida da Guia 10/01/01 9/12/01

8-Endereço do Beneficiário 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM 11-Dia Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAO GUILHERME AZEVEDO DOS SANTOS GEVEGI 30/09/2005 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME AZEVEDO DOS SANTOS GEVEGI

16-Mantimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145151231313171471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CRO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	S	1	1	3	5	1	0	1	
2-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	S	1	1	3	5	1	0	1	
3-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	S	1	1	3	5	1	0	1	
4-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	S	1	1	3	5	1	0	1	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 114 0,10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/01 01/11/01 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/01 01/11/01 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/01 01/11/01 53-Dia, local e Cessão da Empresa 01/11/01 01/11/01

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*



1- Registro AINS 406414 3- Data de Emissão da Guia 11/7/10 6/12/10 4- Data de Autenticação 12/9/10 6/12/10 5- Sentença CONCLUÍDO 6- Número da Guia Principal 7639381 7- Data Validade da Sentença 11/5/10 1/12/10

325485
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 01012102525343110000010103 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade de Carteira 11/1/11/11/11 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome THAINA DA SILVA ROSA 14- Telefone (1211) 918141815131214 15- Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE DO REGO

16- Alinhamento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18- Número no CBO 44678 19- UF RJ 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora CBO S / CPF 114151213131714171111 22- Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23- Número no CBO 44678 24- UF RJ 25- Código CBO S 26- Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27- Número no CBO 44678 28- UF RJ 29- Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- DentalRegião	34- Fatores	35- CBO	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Molho da Gloriosa	42- Assinatura
1-10	018100101651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3141010	0101010	51011101712101				
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 Previsto Término do Tratamento 44- Tipo de Alinhamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 341010 47- Valor Total R\$ 101010 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 111111

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a 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 Consultor-Dentista Solicitante 10/11/10 11/10/10 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 12/11/10/10 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 13/11/10/10 53- Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/10 12/11/10/10

2-N-2-

32781-
INTERCÂMBIO



322539

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Cota de Emissão da Guia 10/9/10 16/12/01 4-Data de Autoração 11/2/10 16/12/01 5-Sentença CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 7624894 7-Data Validade da Sentença 10/7/10 9/12/01

8-Número de Carteira 10/02/02 12/53/03/3108/00/00/01/01

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

13-Nome ESTER DA SILVA JARDIM 28/05/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ESTER DA SILVA JARDIM

16-Atendimento a RM N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código no Operadora / CNU / CPE 22-Nome do Contratado Exatante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-UF RJ 27-Número no CRO 44678 28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Pagelo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Motivo
1-00	0810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	10,00					
2-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	10,00					
3-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	10,00					
4-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	10,00					
5-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	10,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10107,10 48-Total Frância / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/10

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 01/10/10 55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 10/11/10

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 01/10/10 57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 10/11/10