

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



351088

INTERCAMBIO

24P

1-Registro AHS 408414 3-Cota de Emissão da Guia 04/11/08 12/04 11/08 12/04 4-Cota de Autuação 11/11/11 5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 351088 7-Cota Validada de Santa 02/11/11 12/02/11 12/02/11 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016295167549

9-Número da Carteira 0003770000003127658184 10-Primo POS REDE PRESTADORA 11-Código 01 ADMINISTRACAO 12-Endereço 13-Telefone 14-Número da Guia 351088 15-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016295167549

16-Número no CBO 35861 17-Número no CBO 35861 18-Código CBO S 8071 19-Código CBO S 8071 20-Código CBO S 8071 21-Código CBO S 8071 22-Código CBO S 8071 23-Código CBO S 8071 24-Código CBO S 8071 25-Código CBO S 8071 26-Código CBO S 8071 27-Código CBO S 8071 28-Código CBO S 8071 29-Código CBO S 8071 30-Código CBO S 8071 31-Código CBO S 8071 32-Código CBO S 8071 33-Código CBO S 8071 34-Código CBO S 8071 35-Código CBO S 8071 36-Código CBO S 8071 37-Código CBO S 8071 38-Código CBO S 8071 39-Código CBO S 8071 40-Código CBO S 8071 41-Código CBO S 8071 42-Código CBO S 8071

22-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 23-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 24-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 25-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 26-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 27-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 28-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 29-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 30-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 31-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 32-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 33-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 34-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 35-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 36-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 37-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 38-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 39-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 40-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 41-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO 42-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento EDIENES LUCAS DA SILVA DE MATO

31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição TRATAMENTO DE ABSCESSO 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

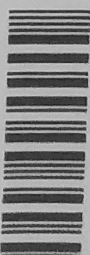
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Duração 34-Fecha 35-Cota 36-Quantidade US 37-Nome 38-Franquia-Coparticipação R\$ 39-Mat 40-Dia de Realização 41-Mês de Realização 42-Ano de Realização

2-N



1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 0 7 / 08 / 20		4-Dia de Autorização / /		5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 353162	
8-Número do Beneficiário Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 0 3 7 9 9 14 06 37 500198		10-Empresa POS REDE PRESTADORA		11-Dia Validada na Semana 0 5 / 11 / 20			
13-Nome JOSE DE RIBAMAR RODRIGUES SILV		Dado do Contratante Responsável pelo Tratamento 16/12/1967		14-Teléfono () - -		15-Nome do titular do plano JOSE DE RIBAMAR RODRIGUES SILV		12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 898000488270811	
16-Academismo a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		18-Número no CNO 35861		19-UJ RJ		20-Código CBO S	
21-Código na Opereadora / CNPU / CPF 1 0 6 5 4 1179778		22-Nome do Contratado Excelente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		23-Número no CRO 35861		24-UJ RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excetante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		27-Número no CRO 35861		28-UJ RJ		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado									

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	8	1	0	0	0	4	9				
2- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
3- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
4- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
5- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
6- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
7- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
8- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
9- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
10- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
11- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
12- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
13- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
14- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
15- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
16- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
17- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
18- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
19- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
20- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
21- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
22- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
23- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
24- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
25- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
26- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
27- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
28- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
29- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
30- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
31- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
32- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
33- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
34- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
35- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
36- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
37- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
38- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
39- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
40- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			
41- 0	0	8	5	4	0	0	4	6	7			

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 seguir com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram/não foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma assistida. Autorizo 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.

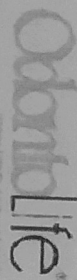
Ad-Domeirigbo

50. Onda, legal e Assis para do Cirurgião-Dentista Solodentis

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

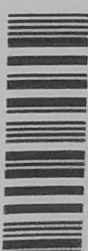
[illegible]

107



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



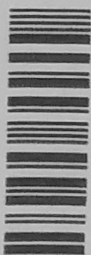
INTERCAMBIO

354233

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/08 12:00	4-Data de Autenticação 10/01/08 12:00	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 354233	7-Data Validade da Senha 10/01/11 12:00								
8-Número de Carteira 0003700000012990860	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUIMBAYA TOURS BRA	11-Data Validade da Carteira 10/04/1983	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704008815075663									
13-Plano GRACIELE DE SOUZA MEDEIROS DA													
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 10/04/1983													
15-Avaliador e RN N	16-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	17-Número no CRO 35861	18-UF RJ	19-Código CRO S 001									
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106541179778	21-Nome do Contratado Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	22-Número no CRO 35861	23-UF RJ	24-Código CRO S 001									
25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS													
30-Tabela 1-00081000049 2-00085300063 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA TRATAMENTO DE ABSCESSO	32-Descrição 27	33-Dente/Região 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	34-Fraco 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	35-Cid 3 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	36-Quantidade US 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	37-Valor 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	38-Franquia-Co-participação R\$ N N N N N N N N N N N N N N N	39-Aut N N N N N N N N N N N N N N N	40-Data de Realização 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08 10/03/08	41-Moeda de Gravação R\$	42-Assinatura BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/01/08						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 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00			
49-Observação 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, compreendendo-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, é por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma assistida. 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.													
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 10/01/08											51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 10/01/08	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/08	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/08

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

N-2



1-Registro ANS 4066414		3-Data de emissão da Guia 11/10/18		4-Dia de Autenticação 11/11/11		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Numero da Guia Principal 354929		7-Dia Validade da Senha 10/9/11	
8-Numero da Carteira 10137010001307693156		9-Prato POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALIVIDA COMAER		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Numero do Cartão Nacional da Saúde 700103901165219		INTERCAMBIO	
13-Nome JOSE LUIZ FERREIRA DA SILVA											
14-Nome do Titular do Plano JOSE LUIZ FERREIRA DA SILVA											
15-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 08/09/1962											
16-Adiantamento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS											
18-Numero no CBO 35061											
19-UF RJ											
20-Código CBO B 901											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106541179778											
22-Nome do Contratado Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS											
23-Numero no CBO 35861											
24-UF RJ											
25-Código CHES 901											
26-Nome do Profissional Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS											
27-Numero no CBO 35861											
28-UF RJ											
29-Código CBO B 901											
30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as possibilidades, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, leio e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e estar com os custos previstos contratados. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e do forma satisfatória. Autorizo a Paga em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos contratados previstos em contrato.

40-Dienstag

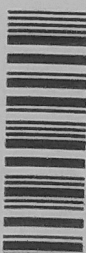
50-Data: local e Assistência do Cirurgião-Dentista Bolívia

B-1-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

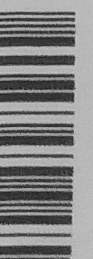
02-01-2019 / CLINICA DO BEM-ESTAR / R\$ 12,00 / 02-01-2019

De L'Espresso, local e campo di battaglia

A-7



5/10/2011, 10:13



365387
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414
3-Data de Emissão de Guia 27/10/2012
4-Data de Autização
5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal 365387
7-Data Validada na Sentença 25/11/2012

8-Número da Carteira 101037100016093340
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa 01 ADMINISTRACAO
11-Data Validada da Carteira
12-Número do Centro Nacional de Saúde 7000092878506

13-Nome MARCIO ADRIANO MENEZES COSTA
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano MARCIO ADRIANO MENEZES COSTA

16-Alinhamento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS
18-Número no CRO 35861
19-UF RJ
20-Código CBO S 801
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE
22-Nome do Contratado Exequente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS
23-Número no CRO 35861
24-UF RJ
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exequente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS
27-Número no CRO 35861
28-UF RJ
29-Código CBO S

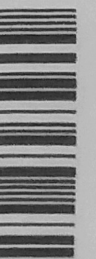
30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,00		N	27/10/2012		
2-0	0	CURATIVO DE DEMORA EM			1	8,0	10,00		N	27/10/2012		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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\$

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. Decido, ainda que q(s) 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.

48-Observação

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



365340

INTERCAMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/7/08 12:01	4-Data de Autenticação 11/11/11	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 365340	7-Data Validade da Sentença 12/5/11 11:20
8-Número da Carteira 010202528837000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome THAYSA RIBEIRO PEREIRA RAMOS			14-Teléfono (11) 35861	15-Nome do titular do plano THAYSA RIBEIRO PEREIRA RAMOS	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número no CRO 35861	19-Uf RJ	20-Código CBO 8	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110654179778	22-Nome do Contratado Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número no CRO 35861	24-Uf RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	27-Número no CRO 35861	28-Uf RJ	29-Código CBO 8		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0101853000201	32-Descrição IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM	33-Dente/Região 21	34-Faixa 1	35-Cód 1	36-Quantidade US 8,00
2-010181000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3,40
3-1					0,00
4-1					0,00
5-1					0,00
6-1					0,00
7-1					0,00
8-1					0,00
9-1					0,00
10-1					0,00
11-1					0,00
12-1					0,00
13-1					0,00
14-1					0,00
15-1					0,00
43-Dados Previstos Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Condicionais	4-Atividade Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00
47-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial					
48-Total Quantidade US 142,00					
49-Total Fretos / Co-participação R\$					
50-Dados Locais e Assinaturas do Contratado-Donatário/Assinatura					
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 RJ	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08 RJ	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 12/11/08 RJ			

Declaro, que após ter lido 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(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.

50-Dados Locais e Assinaturas do Contratado-Donatário/Assinatura
12/11/08 RJ

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/08 RJ

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/08 RJ

53-Data, Local e Carimbo da Empresa
12/11/08 RJ

2-N

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/01/2011
53-Data, local e Contorno da Empresa	11/01/2011



360099
INTERCAMBIO

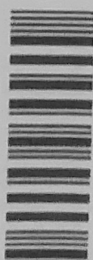
1-Registro AAS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Dados de Autorização PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 360099	7-Dados de Validade da Guia 11/11/2012
8-Número da Carteira 000379994065648797	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INTENDENTE LOCAÇÃO	11-Dados de Validade da Carteira 11/11/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706205588672867	
13-Nome MARIA ALICE FERREIRA CERDEIRO	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ARLINDO MARTINS DIAS			
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número no CRO 35861	19-UF RJ	20-Código CRO S 801	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10654179778	22-Nome do Contratado Especialista BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número no CRO 35861	24-UF RJ	25-Código CIES	
26-Nome do Profissional Especialista BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	27-Número no CRO 35861	28-UF RJ	29-Código CRO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			19/08/2012		
2-0	085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	37	1		8,00	0,00			19/08/2012		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Dados Previstos no 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	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	42,00			0,00		

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) descrito(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.

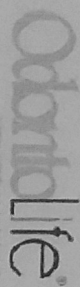
49-Observações

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/2012	51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/2012	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARIA ALICE FERREIRA CERDEIRO	53-Dados, local e Carimbo da Empresa ARLINDO MARTINS DIAS
--	--	---	--



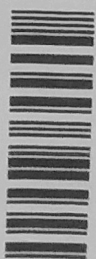
358433

56-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	17/11/2011	17/11/2011
57-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	17/11/2011	17/11/2011
58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	17/11/2011	17/11/2011
59-Dia, local e Carimbo da Empresa	17/11/2011	17/11/2011



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



357182
INTERCAMBIO

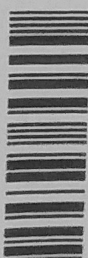
1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/04/2018 12:00	4-Data de Autorização 11/04/2018 12:00	5-Será PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 357182	7-Data Validade da Guia 11/02/2019 11:20
8-Número da Carteira 0103799940612321030	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PAULA CRISTINA PIR	11-Data Validade da Carteira 11/04/2018 12:00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70620570662369	
13-Nome PAULA CRISTINA PIRES DA SILVA	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano PAULA CRISTINA PIRES DA SILVA			
16-Anciamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número no CRO 35861	19-Uf RJ	20-Código CBO S 801	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108154179778	22-Nome do Contratado Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número no CRO 35861	24-Uf RJ	25-Código CNES 601	
26-Nome do Profissional Executante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	27-Número no CRO 35861	28-Uf RJ	29-Código CBO S 801		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000149	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/08/2018	5	
2-0	0185300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	25	1	1	8,00	0,00			11/08/2018	5	
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-Dados Previstos / Fatores do Tratamento	44-Tipo de Abandono	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / 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 ancorar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assistido(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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2018	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Químico 11/08/2018	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2018	53-Dado, local e Assinatura da Empresa 11/08/2018
---	--	---	--



INTERCAMBIO

357295

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 14/11/08 12:00 4-Data de Autorização 14/11/08 12:00 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 357295 7-Data Validada na Sentença 12/11/12 00

8-Número da Carteira 10103700000031101286 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12/11/12 00 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005149678025

13-Nome RAUANY VICENTE SOARES 14-Teléfono 20/07/1999 15-Nome do titular do plano ROSIMAR FRANCISCA DA SILVA VIC

16-Alteração a R/N 17-Nome do Profissional Societário BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 18-Número no CRO 35861 19-UF RJ 20-Código CBO S 801

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10654179778 22-Nome do Contratado Encarregado BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 23-Número no CRO 35861 24-UF RJ 25-Código CNEB

26-Nome do Profissional Societário BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 27-Número no CRO 35861 28-UF RJ 29-Código CBO S

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0		
2-0	085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	46	1	1	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dados Previstos Termina 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 4,2 0,0 47-Valor Total R\$ 0,0 0,0 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 (c) o 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N

1

14-211174

24

111

5

1411tion11