

Digitalizado com CamScanner

[illegible]

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	64000198										
2	00	84000198										
3	00	64000198										
4	00	84000198										
5	00	85100196										
6	00	85100196										
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Diagnóstico-Exame

45-Tipo do Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

26200

47-Valor Total R\$

000

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

000

50-Valor Total R\$

000

51-Data Início e Assinatura do Operador / Operadora

52-Data Início e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

54-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

55-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

56-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

57-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

58-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

59-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

60-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

61-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

62-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

63-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

64-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

65-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

66-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

67-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

68-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

69-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

70-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

71-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

72-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

73-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

74-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

75-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

76-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

77-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

78-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

79-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

80-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

81-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

82-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

83-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

84-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

85-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

86-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

87-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

88-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

89-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

90-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

91-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

92-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

93-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

94-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

95-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

96-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

97-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

98-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

99-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

100-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

101-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

102-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

103-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

104-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

105-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

106-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

107-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

108-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

109-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

110-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

111-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

112-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

113-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

114-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

115-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

116-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

117-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

118-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

119-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

120-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

121-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

122-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

123-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

124-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

125-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

126-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

127-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

128-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

129-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável

130-Data Início e Assinatura do Prestador / Responsável



1-Nome do Paciente 405414	2-Cidade de Emissão da Guia 012107122	3-Cidade de Autopagamento 015107122	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 10082862	6-Cidade de Emissão da Guia 13101019122
------------------------------	--	--	-----------------------	--	--

7-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	8-Data de Validação da Guia 13101019122	9-Data de Validação da Guia 1044126	10-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
---	--	--	---

11-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	12-Data de Validação da Guia 1044126	13-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

14-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	15-Data de Validação da Guia 1044126	16-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

17-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	18-Data de Validação da Guia 1044126	19-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

20-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	21-Data de Validação da Guia 1044126	22-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

23-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	24-Data de Validação da Guia 1044126	25-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

26-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	27-Data de Validação da Guia 1044126	28-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

29-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	30-Data de Validação da Guia 1044126	31-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

32-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	33-Data de Validação da Guia 1044126	34-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

35-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	36-Data de Validação da Guia 1044126	37-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

38-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	39-Data de Validação da Guia 1044126	40-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

41-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	42-Data de Validação da Guia 1044126	43-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

44-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	45-Data de Validação da Guia 1044126	46-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

47-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	48-Data de Validação da Guia 1044126	49-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

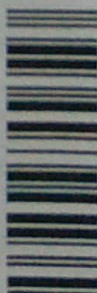
50-Data de Validação da Guia 010202154813030000101011	51-Data de Validação da Guia 1044126	52-Data de Validação da Guia INTERCÂMBIO
--	---	---

Declaração: 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 pagar a quantia de R\$ 10,00 (dez reais) por sessão de tratamento, conforme tabela de preços anexa, e por não assinar esta guia, não autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar a quantia de R\$ 10,00 (dez reais) por sessão de tratamento, conforme tabela de preços anexa, e por não assinar esta guia, não autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar a quantia de R\$ 10,00 (dez reais) por sessão de tratamento, conforme tabela de preços anexa.

Assinatura do Paciente: ALINE GOMES SILVA
Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS
Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS

Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS
Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS
Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS

Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS
Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS
Assinatura do Responsável: DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS



1044134
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/2/10/07/12/21

4-Data de Autorização
10/5/10/07/12/21

5-Série
AUTORIZADO

6-Signatário da Guia Principal
10082872

7-Cópia Validação da Sessão
13/0/10/19/12/21

Dados do Beneficiário

8-Alinhamento da Carteira
10/0/2/0/2/5/4/8/1/3/0/0/0/0/0/1/0/2/1

9-Plano de Tratamento
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Cópia Validação da Carteira
10/0/2/0/2/5/4/8/1/3/0/0/0/0/0/1/0/2/1

12-Signatário do Cartão Nacional de Saúde
DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS

13-Nome
MOISES FIGUEIREDO NUNES DOS SANTOS

08/09/2005

14-Endereço
DANIELE FIGUEIREDO DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Alinhamento a RN
N

16-Endereço do Profissional Solicitante
ALINE GOMES SILVA

17-Endereço do Profissional Solicitante
35092

18-UF
RJ

19-Código CNES
09969220

20-Código CNES
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1198181464000182

22-Endereço do Contratado Executante
AJ SILVA CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA

23-Endereço do Profissional Solicitante
35092

24-UF
RJ

25-Código CNES
09969220

26-Código CNES
025 -
Faturar Empresa

27-Endereço do Profissional Solicitante
ALINE GOMES SILVA

28-Endereço do Profissional Solicitante
35092

29-UF
RJ

30-Código CNES
09969220

31-Código CNES
025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Fios	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Contratante	39-End	40-Cópia na Sessão	41-Sessão da Guia	42-Endereço
1-1010	18101000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	10		0,10	10	10/07/22	
2-1010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,10	10		0,10	10	10/07/22	
3-1010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,10	10		0,10	10	10/07/22	
4-1010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,10	10		0,10	10	10/07/22	
5-1010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,10	10		0,10	10	10/07/22	
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

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Total Total R\$

48-Total Franchising / Contratação R\$

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

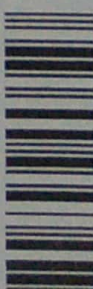
51-Data Local e Assinatura do Beneficiário

52-Data Local e Assinatura do Profissional

53-Data Local e Assinatura do Profissional

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 11/06/10 7/12/12 4-Data de Autorização 12/13/10 7/12/12 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10135861 7-Data Validação da Guia 11/14/11 10/12/12

8-Número da Carteira 101020215498124401000011011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 1062478 INTERCÂMBIO

13-Nome GUSTAVO MORAES MAIA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GUSTAVO MORAES MAIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALINE GOMES SILVA 18-Número no CRO 35092 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11981464000182 22-Nome do Contratado Execuinte AJ SILVA CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA 23-Número no CRO 35092 24-UF RJ 25-Código CAES 0996920 26-Nome do Profissional Executante ALINE GOMES SILVA 27-Número no CRO 35092 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 1341010 47-Valor Totál R\$ 101010 48-Totál Fratura / 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 o 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 23/10/10 21/12/14 51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/11 12/14 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/11 12/14 53-Dado, local e Assinatura do Profissional Contratado 19/10/11 3598-1093