

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 11/7/2016	4. Data de Autorização 19/10/2016	5. Sessão AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 11340916	7. Data Validade da Sessão 15/10/2019
---------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------	---	--

8. Número da Carteira 000202557747700000102	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira / /	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
13. Nome STEFANNIE SANTANA DIAS	13/11/1999	14. Telefone ()	15. Nome do titular do plano CEZAR CORREIA MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16. Atendimento a RVN N	17. Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN	18. Número no CRO 28612	19. UF RS
21. Código na Operadora / CNPJ / CNP 2076157000180	22. Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA	23. Número no CRO 28612	24. UF RS
25. Nome do Profissional Executante MOHAMMED IRFAN		27. Número no CRO 28612	28. UF RS
		29. Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30. Faltas	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	35. Cód	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Gressa	42. Assinatura			
1. 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00	51247/06/23				X Steffannie			
2. 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00	51247/06/23				X Steffannie			
3. 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00	51247/06/23				X Steffannie			
4. 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00	51247/06/23				X Steffannie			
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. Odontia 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial	46. Total Quantidade US 144,00	47. Valor Total R\$ 0,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação
Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 28612

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2016 Pelotas	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2016 Pelotas	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2016 Pelotas	53. Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/2016 Pelotas
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª FOLHA



1493481
INTERCAMBIO

1) Registro ANS 406414	3) Data de Emissão da Guia 16/10/2013	4) Data de Autuação 19/10/2013	5) Sembr AUTORIZADO	6) Número da Guia Principal 11339481	7) Data Validação da Sembr 14/10/2013
---------------------------	--	-----------------------------------	------------------------	---	--

Dados do Beneficiário

8) Número da Carteira 0002025211441000030501	9) Placa POS REDE PRESTADORA	10) Empresa LIBERTY TELECOMUNICACOES	11) Data Validade da Carteira 11/11/11	12) Número do Cartão Nacional de Saúde
13) Nome GLEISON ANDRE DA LUZ FIGUEIREDO		14) Telefone () - - - - -		15) Nome do titular do plano GLEISON ANDRE DA LUZ FIGUEIREDO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16) Atendimento a RN N	17) Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN	18) Número no CRO 28612	19) UF RS	20) Código CRO S 025
21) Código na Operadora (CNPJ) / CPF 120761570000180	22) Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA	23) Número no CRO 28612	24) UF RS	25) Código CNE S 4113829
26) Nome do Profissional Executante MOHAMMED IRFAN	27) Número no CRO 28612	28) UF RS	29) Código CRO S	Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421 (0) 81000421

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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) Menor da Caixa	42) Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	5,12	10/10/2013			
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	5,12	10/10/2013			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43) Data Término do Tratamento 11/11/11	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 28,00	47) Valor Total R\$ 0,00	48) Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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), 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.					

Operador

50) Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 12/10/10/12/13 Pelotas	51) Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/10/10/12/13 Pelotas	52) Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10/12/13 Pelotas	53) Data, local e Cartão da Empresa 12/10/10/12/13 Pelotas
---	--	--	---

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 28612

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1. Registro ANS
406414

3. Data de Emissão da Guia
16/10/2012

4. Data de Autorização
19/10/2012

5. Sentença
AUTORIZADO

6. Número da Guia Principal
11339074

7. Data Validade da Sentença
14/10/2012

1493327
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira
0020255762820000101

9. Plano
POS REDE PRESTADORA

10. Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11. Data Validade da Carteira
11/01/1994

12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome
GIRRET RAUPP DOS SANTOS

14. Telefone
()

15. Nome do titular do plano
GIRRET RAUPP DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN
N

17. Nome do Profissional Solicitante
MOHAMMED IRFAN

18. Número no CRO
28612

19. UF
RS

20. Código CBO 5
025

21. Código na Operadora (CNPJ)/CPF
12076157000180

22. Nome do Contratado Executante
ODONTOLOGIA IRFAN LTDA

23. Número no CRO
28612

24. UF
RS

25. Código CBO 5
4113829

26. Nome do Profissional Executante
MOHAMMED IRFAN

27. Número no CRO
28612

28. UF
RS

29. Código CBO 5
4113829

30. UF
RS

31. Código do Procedimento
32. Descrição
33. Dente/Risco
34. Face
35. Qtd
36. Quantidade US
37. Valor
38. Franquia/Co-participação R\$
39. Aut
40. Data de Realização
41. Nome da Clínica
42. Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Risco	34. Face	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Nome da Clínica	42. Assinatura
1	00	85300039	RASPAGEM SUB.	HASD	1	4,00	0,00	5123106123				X G. L. R.
2	00	85300039	RASPAGEM SUB.	HASE	1	4,00	0,00	5123106123				X G. L. R.
3	00	85300039	RASPAGEM SUB.	HAIE	1	4,00	0,00	5123106123				X G. L. R.
4	00	85300039	RASPAGEM SUB.	HAID	1	4,00	0,00	5123106123				X G. L. R.
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Previsto Término do Tratamento

44. Tipo de Atendimento

1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortodontia 4. Urgência/Emergência

45. Tipo de Tratamento

1. Total 2. Parcial

46. Total Quantidade US

47. Valor Total R\$

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, 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, 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 essa documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Operando

Dr. Mohammed Irfan

CIRURGIÃO DENTISTA

CRO-RS 28612

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 Assinatura da Empresa