



367701
INTERCAMBIO

1-Registro AMB
406414

3-Dato de Emisión de Guia
10/11/08 19:21

4-Tipo de Autorización
10/11/08 19:21

5-Estado
AUTORIZADO

6-Número de Guia Original
50189411

7-Datos de Validación de Guia
13/01/11 11:21

Datos de Beneficiario

8-Número de Cuenta
0003789940654215471

9-Tipo
POS REDE PRESTADORA

10-Encargado
MARIO CANTIZANI GO

11-Datos de Validación de Cuenta
11/11/11 11:21

12-Número de Cuenta Intercaja de Seguro
706801253317921

13-Nombre
MARIO CANTIZANI GOMES LAGE

25/06/1952

14-Profesión
()

15-Nombre de quien da el pago
MARIO CANTIZANI GOMES LAGE

Dados do Beneficiário (Responsável pelo Tratamento)

16-Identificação e IDN
17-Nome do Profissional Encarregado
ODONTOLÓGICA | DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME

18-Número no CNO
37432

19-UF
RJ

20-Código CBO 3
01

21-Código CBO 5
37432

22-Código CBO 5
37432

23-Código CBO 5
37432

21-Código de Operações / CNO / CIP
11181832737221

22-Nome do Contador Encarregado
ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA

23-Número no CNO
37432

24-UF
RJ

25-Código CBO 3
37432

26-Código CBO 5
37432

26-Nome do Profissional Encarregado
ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA

27-Número no CNO
37432

28-UF
RJ

29-Código CBO 3
37432

30-Código CBO 5
37432

31-Código CBO 5
37432

32-Código CBO 5
37432

33-Código CBO 5
37432

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dentalógico

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

1-00081000030

CONSULTA ODONTOLÓGICA

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

2-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

3-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

4-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

5-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

6-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

7-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

8-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

9-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

10-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

11-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

12-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

13-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

14-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

15-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

16-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

17-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

18-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

19-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

20-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

34-Faixa

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Preço de Participação R\$

39-Valor de Participação R\$

40-Valor de Participação R\$

41-Valor de Participação R\$

43-Dado Previsto Termo do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Atendimento Emergencial

45-Tipo de Tratamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado, local e Assinatura da Empresa

54-Dado, local e Assinatura da Empresa

55-Dado, local e Assinatura da Empresa

56-Dado, local e Assinatura da Empresa

57-Dado, local e Assinatura da Empresa



367688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188405	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700600409498865	
8-Número da Carteira 00379994065421571	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIO CANTIZANI GO	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ROSANE SANTIAGO DINIZ CANTIZAN		14-Telefone 01/08/1960	15-Nome do titular do plano MARIO CANTIZANI GOMES LAGE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		801 - Faturar Empresa	
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432	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 Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 no 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20 Dra Aline Coutinho M. Pimenta Cirurgiã Dentista CRO-RJ 37432
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20 Dra Aline Coutinho M. Pimenta Cirurgiã Dentista CRO-RJ 37432

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



406414		3-Data de Emissão da Guia [2][9]/[07]/[20]		5-Serção AUTORIZADO		8-Número da Guia Principal 50180162		7-Data Validade da Serção [2][7]/[10]/[20]	
8-Número da Carteira [0][0][3][7][0][0][0][0][9][7][5][1][4][3][5]		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SULPINO CONSULTORI		11-Data Validade da Carteira []/[]/[]		13-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004664735083	
13-Nome BRUNO Sulpino Staricoff		14-Teléfono 31/07/2002		15-Nome do titular do plano MARIA CRISTINA Sulpino Da Silv					
16-Atribuição e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLÓGICA IRELI - ME		18-Número no CRO RJ 37432		19-Uf RJ		20-Código CBO S 01	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [1][1][8][8][3][2][7][3][2][2]		22-Nome do Contratado Executante ALINE Coutinho Nascimento Pimenta		23-Número no CRO RJ 37432		24-Uf RJ		25-Código CHES []	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO RJ 37432		28-Uf RJ		29-Código CBO S []		Faturar Empresa 801 -	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Data de Registro	34- Fases	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aliq	40- Data de Realização	41- Motivo de Criação 42- Alteração
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0			
2-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
3-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
4-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
5-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
6-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
7-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
8-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
9-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
10-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
11-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
12-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
13-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
14-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
15-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
16-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
17-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
18-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
19-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
20-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
21-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
22-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
23-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
24-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
25-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
26-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
27-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
28-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
29-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
30-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
31-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
32-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
33-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
34-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
35-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
36-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
37-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
38-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
39-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
40-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
41-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
42-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
43-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
44-10	0										

50-Data, local e Assinaturas do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinaturas do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinaturas do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Endereço da Empresa
10/10/08 11/08	10/10/08 11/08	10/10/08 11/08	10/10/08 11/08

48-Observação



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182741	7-Data Validade de Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 000370000016689588		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO DE LINGUAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701400603155633
13-Nome ARTHUR SAMPAIO DE VASCONCELOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHRISTIANE ADILIA CUNHA SAMPAI	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME		18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722		22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 82001285-18	Enviar - RX (I) 82001285-28
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA				27-Número no CRO 37432	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00			15/08/20		
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00			15/08/20		
3-	0082000921	GENGIVECTOMIA	S2		1	144,00	0,00			15/08/20		
4-	0082000921	GENGIVECTOMIA	S3		1	144,00	0,00			15/08/20		
5-	0082000921	GENGIVECTOMIA	S1		1	144,00	0,00			15/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 1154,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 15/08/20



354284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50182848	7-Data Validade de Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0037000009751419	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SULPINO CONSULTORI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704201296305088
-----------------------	--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MARIA CRISTINA Sulpino da Silv	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA CRISTINA Sulpino da Silv
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	801 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	27-Número no CRO 37432	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	03/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/08/20
---	---	---	---

Central

Data:

Assinado:

Assinado:

Matrícula:

Senha:

Cimento:

Thur campeão

