



Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 24681/RJ

Cirurgião Dentista: (16702) - CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
381322 - I	LIVIA MARIA BONAFIM TORRECILLA (00379994062408361)		22/09/2020	113	0.3	R\$ 33,90
383485 - I	SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ (00379994065559697)		25/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
385874 - I	AGOSTINHO RODRIGUES DA SILVA N (00370000027333291)		29/09/2020	143	0.3	R\$ 42,90
385880 - I	CARLOS ALBERTO CORDEIRO (00379994065514278)		29/09/2020	286	0.3	R\$ 85,80
386484 - I	BRUNA SILVA PAGANINI (00379994065438063)		30/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
389442 - I	MARIANA DE CASTRO CAMINHA (00379994062773302)		05/10/2020	199	0.3	R\$ 59,70
394179 - I	JOANA LUZ MARTINS (00379994061294397)		12/10/2020	47	0.3	R\$ 14,10
394182 - I	ZAYRA INDAYA LUZ MARTINS (00379994061294389)		12/10/2020	199	0.3	R\$ 59,70
395991 - I	GUSTAVO FREDERICO BEUTTENMULLE (00379994065559956)		14/10/2020	256	0.3	R\$ 76,80
396898 - I	JOANA LUZ MARTINS (00379994061294397)		15/10/2020	51	0.3	R\$ 15,30
404828 - I	REJANE PONTES GASPAR REIS (00370000010970595)		26/10/2020	199	0.3	R\$ 59,70
404837 - I	EDUARDO PONTES GASPAR REIS (00370000010970609)		26/10/2020	199	0.3	R\$ 59,70

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 2090
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 627,00

Totalizador

N° de USOs: 2090
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 627,00

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/2012 4-Dia de Autorização 12/01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50201609 7-Dia Validade da Senha 12/01/2012

404837
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037700000010970609

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa IBBCA CRP 25760

11-Dia Validade da Carteira 12/01/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700901913360896

13-Nome EDUARDO PONTES GASPAR REIS

15/09/2003

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano REJANE PONTES GASPAR REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

18-Número no CRO 24681

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 026126353728

22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

23-Número no CRO 24681

24-UF RJ

25-Código CNES 24681

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

27-Número no CRO 24681

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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Aguia
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00		S	28/10/20	
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		38,00	0,00		S	28/10/20	
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		38,00	0,00		S	28/10/20	
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		38,00	0,00		S	28/10/20	
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		38,00	0,00		S	28/10/20	
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Dia de Emissão da Guia 12/01/2012 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 199,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Contratado Beneficiário Solicitante 12/01/2012 CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2012 CRISTIANE SENRA 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2012 EDUARDO PONTES GASPAR REIS 53-Dia, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 01/2011 4-Data de Autorização 12/06/11 01/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50201605 7-Data Validade da Santa 12/04/11 01/2011 404828 INTERCÂMBIO

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Data de Validade da Guia 18/05/1976 10-IBBCA CRP 25760 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 705808463922234

13-Plano JANE PONTES GASPAR REIS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RELANE PONTES GASPAR REIS

16-Número no CRO 24681 17-Número no CRO 24681 18-UF RJ 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código CNES 22-Plano Faturar Empresa

23-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 24-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 25-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 26-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

27-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 28-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 29-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 30-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

31-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 32-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 33-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 34-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

35-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 36-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 37-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 38-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

39-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 40-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 41-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 42-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

43-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 44-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 45-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 46-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

47-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 48-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 49-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 50-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

51-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 52-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 53-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 54-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

55-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 56-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 57-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 58-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

59-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 60-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 61-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 62-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

63-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 64-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 65-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 66-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

67-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 68-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 69-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 70-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

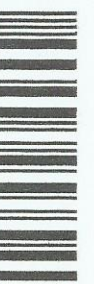
71-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 72-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 73-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 74-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

75-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 76-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 77-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 78-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

79-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 80-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 81-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 82-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

83-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 84-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 85-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 86-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011

87-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 88-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 89-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011 90-Operadora / CNPJ / CPF 12/06/2011



389442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 05/11/2010 4-Data de Autorização 05/11/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50196725 7-Dia Validade da Série 03/10/21

8-Número da Carteira 00379994062773302 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MARIANA DE CASTRO 11-Dia Validade da Carteira 03/10/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703405278962718

13-Nome MARIANA DE CASTRO CAMINHA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MARIANA DE CASTRO CAMINHA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código ONES 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CRO 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Autorização
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
12-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
13-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
14-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0
15-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38,00	0,00	0,00	1	28/10/20	0	0

43-Dia 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 1199,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

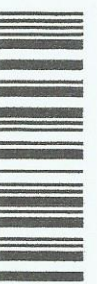
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 51-Dia local e Assinatura do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 52-Dia local e Assinatura da Prestadora / Responsável CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 53-Dia local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



381322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/19	4-Data de Autorização 12/10/19	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193662	7-Data Validade da Guia 12/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	-------------------------------------

8-Número da Carteira 00379914062408361	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702509344270739
13-Nome LVIA MARIA BONAFIM TORRECILLA	21/03/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LVIA MARIA BONAFIM TORRECILLA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	27-Número do CRO 24681
18-Número no CRO 24681	19-UF RJ
23-Número no CRO 24681	24-UF RJ
25-Código CNES () 85100200	26-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- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	113,00	0,00	0,00	1	12/10/20		Dr. Cristiano
2-												
3-												
4-												
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 Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativa US 113,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

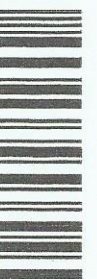
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20 Dr. Cristiano Senra	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 Dr. Cristiano Senra	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Dr. Cristiano Senra	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{ME}



395991
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/01/2010 4-Data de Autorização 14/01/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50198982 7-Data Validade da Sentença 12/01/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037994065555956 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708104569891836

13-Nome GUSTAVO FREDERICO BEUTENMULLE 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Mendicamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728 22-Nome do Contratado Exequante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exequante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100218

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-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MV	1	13,00	0,00	19,10	22			
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DVP	1	14,30	0,00	19,10	22			
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/01/2010 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 256,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

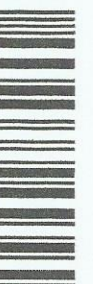
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Assinatura e Assinatura do Cirurgião Dentista CRISTIANE S. SENRA COUTINHO 51-Data Assinatura e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/2/10 4-Dia de Autorização 11/3/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50198379 7-Dia Validade da Guia 11/01/11

394182
INTERCÂMBIO

8-Nome da Carteira 00379994061294389 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Dia Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701009872499694

13-Nome ZAYRA INDAYA LUZ MARTINS 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ZAYRA INDAYA LUZ MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 02626353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 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-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00		S	15/10/20		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	15/10/20		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	15/10/20		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	15/10/20		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	15/10/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia 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 199,00 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(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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO
CRO RJ 24681
Unimed Saude
Faturar us





383485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/9/12/0	4-Data de Autorização 12/5/10/9/12/0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194502	7-Data Validade da Série 12/4/11/2/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994065559697	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706003340574743
13-Nome SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO		18-Número no CRO 24681		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728		22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO		23-Número no CRO 24681		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
28-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO		27-Número no CRO 24681		28-UF RJ		29-Código CBO S					

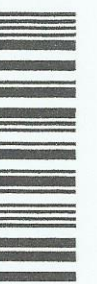
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Trabalho	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00			12/11/10	
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		38,00	0,00			12/11/10	
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		38,00	0,00			12/11/10	
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		38,00	0,00			12/11/10	
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		38,00	0,00			12/11/10	
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/11/10	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 199,00	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-Dia, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 12/11/10/10 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO	51-Dia, local e Assinatura do Profissional Dentista 12/11/10/10 Cristiane Senra	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10/10 [Assinatura]	53-Dia, local e Cartão da Empresa / /
---	--	--	--



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/9/10 9/12/0 4-Dia de Autorização 3/0/10 9/12/0 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50195821 7-Dia Validade da Série 12/8/11 12/12/0

385874
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 7 3 3 2 9 1 1 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANGELA KRONENBERG 11-Dia Validade da Carteira 12/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504924056952
13-Nome AGOSTINHO RODRIGUES DA SILVA N 04/05/1960 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ANGELA KRONENBERG RIBEIRO DA S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 6 2 6 3 5 3 7 2 8 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Autorização
1-0	0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODP	1	1 4 3 0 0	0,00	0,00	0	14/10/20		
2-0												
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-Dia Previsto Término do Tratamento 14/11/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcel 46-Total Quantidade US 1 4 3 0 0 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), 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-Dado local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento
CRISTIANE S. SENRA COUTINHO
51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Cirurgião Dentista
CRO RJ 24681
52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
ANGELA KRONENBERG RIBEIRO DA S
53-Dado local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019 4-Data de Autorização 10/11/2019 5-Santa AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50195906 7-Data Validade da Santa 29/12/2019 86484 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00379994065438083 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705801414313932

13-Nome BRUNA SILVA PAGANINI 14-Telefone 15-Nome do titular do plano BRUNA SILVA PAGANINI 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Descrição na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S

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 da Glor	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			10/10/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			10/10/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00			10/10/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00			10/10/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00			10/10/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

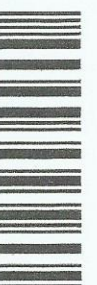
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/10/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 199,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 03/10/20 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO 51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 03/10/20 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/20 53-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012 4-Data de Autorização 13/09/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50195823 7-Data Validade da Série 12/08/2012

385880
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994016514278 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELETRO INFO RECREI 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704602174427720

13-Nome CARLOS ALBERTO CORDEIRO 05/09/1953 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUIZA MENEZES CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alienação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0262626353728 22-Nome do Contratado Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 85100218 (1) 85100218

26-Nome do Profissional Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100218 (1) 85100218

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fce	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	143,00	0,00			12/09/2012		Carla
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	143,00	0,00			12/09/2012		Carla
3-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	143,00	0,00			12/09/2012		Carla
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/10/2012 44-Tipo de Alienação 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo da Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 429,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/2012 CRO RJ 24681 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012 Luiziane Silva 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2012 Carla 53-Data, local e Carimbo da Empresa