

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181669	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994059621939	POS REDE PRESTADORA	UNICRED CENTRAL RJ MT	898004843275257	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO SERGIO SANTOS CAMARA DE	28/11/1974	PAULO SERGIO SANTOS CAMARA DE

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO DA SILVA SANTOS	18-Número no CRO 41034	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 3 6 3 4 1 1 7 5 9	22-Nome do Contratado Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	23-Número no CRO 41034	24-UF RJ	25-Código CNES	Faturar Empresa Enviar - RX
--	---	---------------------------	-------------	----------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	27-Número no CRO 41034	28-UF RJ	29-Código CBO S	(1) 61000421-
---	---------------------------	-------------	-----------------	---------------

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-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4	0 0	0,0 0	S	05/08/20		X
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5	0 0	0,0 0	S	05/08/20		X
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5	0 0	0,0 0	S	05/08/20		X
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5	0 0	0,0 0	S	05/08/20		X
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5	0 0	0,0 0	S	05/08/20		X
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

[illegible]

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 a(s) prestação(ões) de serviço e o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CNPJ: 23.882.920/0001-36

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 Carimbo da Empresa
05/08/20	05/08/20	05/08/20	05/08/20



353139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/08/20	4-Data de Autorização 08/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182409	7-Data Validade da Senha 05/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000002952826	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709209213956637
13-Nome CLAUDECI SOBRINHO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDECI SOBRINHO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO DA SILVA SANTOS	18-Número no CRO 41034	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14363411759	22-Nome do Contratado Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	23-Número no CRO 41034	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIEGO DA SILVA SANTOS		27-Número no CRO 41034	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Clau
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Clau
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Clau
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Clau
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 144,00	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, a assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.
CNPJ: 23.882.929/0001-56

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/08/20 Clau	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/08/20
---	---	--	---

Sobrinho da Srª



353104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/08/20	4-Data de Autorização 07/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182398	7-Data Validade da Senha 05/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000002952826		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709209213956637
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CLAUDECI SOBRINHO DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDECI SOBRINHO DA SILVA
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO DA SILVA SANTOS	18-Número no CRO 41034	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14363411759	22-Nome do Contratado Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	23-Número no CRO 41034	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante DIEGO DA SILVA SANTOS		27-Número no CRO 41034	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00851000226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	IVPD	1	122,00	0,00	0,00	S	07/08/20		Claucci
2-												
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 07/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20 Claucci	53-Data, local e Assinatura do Responsável da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO PRIME LTDA. CNPJ: 23.882.920/0001-86
---------------	---	---	---	---

Sobrinho da Srta



344752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178649	7-Data Validade da Senha 21/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000016022923	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOMINIO DO EDIF	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701207070047011
13-Nome LUCIA MARIA CHAVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIA MARIA CHAVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO DA SILVA SANTOS	18-Número no CRO 41034	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14363411759	22-Nome do Contratado Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	23-Número no CRO 41034	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	27-Número no CRO 41034	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OLD	1	122,00	0,00			23/07/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
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, o valor assinalado neste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA
ODONTOPRIME LTDA.
CNPJ: 23.882.920/0001-86

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/07/20 <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	--



351421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181669	7-Data Válida da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994059621939	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNICRED CENTRAL RJ MT	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004843275257
-----------------------	--	---	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome PAULO SERGIO SANTOS CAMARA DE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO SERGIO SANTOS CAMARA DE
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO DA SILVA SANTOS	18-Número no CRO 41034	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14363411759	22-Nome do Contratado Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	23-Número no CRO 41034	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	27-Número no CRO 41034	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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	05/08/2020		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	05/08/2020		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	05/08/2020		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	05/08/2020		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	05/08/2020		
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 154,00	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, por 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 05/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 05/08/20
---------------	---	---	---	--

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME - LTDA.**

CNPJ: 23.882.920/0001-88



364274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186847	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064152550	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700400939806844
13-Nome PATRICIA MACHADO IGREJAS		14-Telefone 17/01/1978	15-Nome do titular do plano PATRICIA MACHADO IGREJAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO DA SILVA SANTOS	18-Número no CRO 41034	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14363411759	22-Nome do Contratado Executante DIEGO DA SILVA SANTOS	23-Número no CRO 41034	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIEGO DA SILVA SANTOS		27-Número no CRO 41034	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	42	DM	1	88,00	0,00		S	26/08/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	DM	1	88,00	0,00		S	26/08/20		
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 176,00	47-Valor Total 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/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 26/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/20 + Patricia Igrejas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/20
---	---	--	---

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.**
CNPJ: 23.882.920/0001-86