

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

ORO: 24928/RJ

Cirurgião Dentista: (16596) - KARIN CUNHA SCHMIDT

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
359424 - I	CHRISTIANE OAZEM MACEDO (00373770000136004)		19/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
359425 - I	MARCELA OAZEM DE VASCONCELLOS (00373770000136306)		19/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
359427 - I	TANIA MELO (00370000004569396)		19/08/2020	183	0.4	R\$ 73,20
361483 - I	ALEX BARBOSA DE ANDRADE MOREIR (00373770000042000)		21/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
362661 - I	CAROLINA RODRIGUES BASTOS DE F (00379994063265904)		24/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
362682 - I	CAROLINA RODRIGUES BASTOS DE F (00379994063265904)		24/08/2020	88	0.4	R\$ 35,20
365025 - I	CAROLINA RODRIGUES BASTOS DE F (00379994063265904)		27/08/2020	61	0.4	R\$ 24,40
372036 - I	REGINALDO JERONIMO DE PAULA (003700000027299654)		09/09/2020	88	0.4	R\$ 35,20
372729 - I	RAFAEL DE JESUS FRANCA (00379994065637698)		10/09/2020	178	0.4	R\$ 71,20
372764 - I	RAFAEL DE JESUS FRANCA (00379994065637698)		10/09/2020	183	0.4	R\$ 73,20
376223 - I	GEORGES GREMAUD JUNIOR (00373747000945005)		16/09/2020	149	0.4	R\$ 59,60
376280 - I	CHRISTIANE OAZEM MACEDO (00373770000136004)		16/09/2020	176	0.4	R\$ 70,40
380385 - I	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO BATISTA (00379994065210678)		22/09/2020	332	0.4	R\$ 132,80
380834 - I	ALEX BARBOSA DE ANDRADE MOREIR (00373770000042000)		22/09/2020	88	0.4	R\$ 35,20

Totalizador por Operadora

Nº de USOs:	2238
Nº de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 895,20

Totalizador

Nº de USOs:	2238
Nº de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 895,20

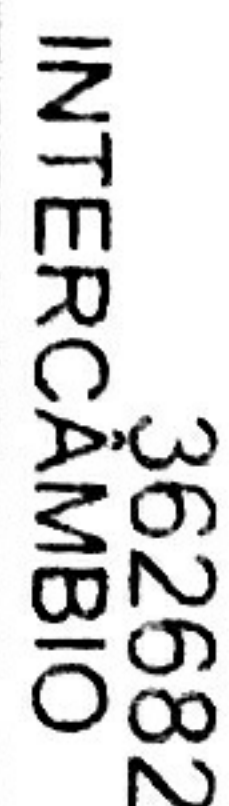
IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/10/2020 11:14

Página 1 de 1

2 N/A



362682
INTERCÂMBIO

[illegible]

1



1 - Metro 28 Corso d'Assisi

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

6-Ton Freight Coasting

ente a arcar com os custos p

... für Schmidt

11/11/21

CCO: 7-13-55

Odontolife

Itaquilândia 13534 Vozes do Rio

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Endereço ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 18/12/10	4-Data de Autorização 12/4/10 18/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186185	7-Data Validade da Senha 12/2/11 11/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

362661
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 2 6 5 9 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SICREDI RIO	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/11	12-Número da Carteira Nacional da Saúde 705006671264657
--	--------------------------------	---------------------------	---	--

13-Nome CAROLINA RODRIGUES BASTOS DE F	15-Nome do titular do plano CAROLINA RODRIGUES BASTOS DE F
---	---

14-Telefone
() - - - - -

16-Atividade N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
-------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 10 3 7 6 3 2 1 1 7 2 1	22-Nome do Contratado Execução KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Endereço de Fretes e/ou Execução KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Valor da Guia
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 0	0 10 0		S	23/09/10	230920	230920
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 0	0 10 0		S	23/09/10	230920	230920
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 0	0 10 0		S	23/09/10	230920	230920
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 0	0 10 0		S	23/09/10	230920	230920
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 0	0 10 0		S	23/09/10	230920	230920
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 10 0	47-Valor Total RS 0 10 0	48-Total Franquia/Co-participação RS
--	---	---	--------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

Declaro que após ter sido devidamente escarificado 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 arcuar 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-Endereço Assinatura do Paciente 23091120 Nchuid	51-Endereço Assinatura do Profissional 23091120 Nchuid	52-Endereço Assinatura da Operadora 23091120 Nchuid	53-Endereço Assinatura da Guia 23091120 Nchuid	54-Endereço Assinatura da Guia 23091120 Nchuid	55-Endereço Assinatura da Guia 23091120 Nchuid
---	---	--	---	---	---

Dr. Karin Cunha Schmidt

CPF: 007.552.117/1
CRO: 24928RJ

1505 2005 F AND A CEMENT CO. 4

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

2385

[illegible]

Declaro que após lido devidamente este acórdão sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, contrato, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), to(ram) os (as) referidos(as) tratamento(s) realizado(s), comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible][illegible]

23520



380834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/2/09/20		4-Data de Autorização 12/2/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 50193515		7-Data Validade da Guia 12/1/12/20	
8-Número da Carteira 00373770000042000		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RENALTEC LTDA		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1		12-Número da Carteira Nacional de Saúde 700707923986973			
13-Nome ALEX BARBOSA DE ANDRADE MOREIR		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALEX BARBOSA DE ANDRADE MOREIR		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Número no CRO 24928 RJ	
19-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 16/12/1979		20-Código CBO S 801 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		23-Número no CRO 24928 RJ		24-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200	
25-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		26-Número no CRO 24928 RJ		27-Código CBO S		28-UF RJ		29-UF RJ		30-UF RJ	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Notas de Observação
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DO	1	88,00	0,00				
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 Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Faturamento 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 ancorar 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 Profissional Dentista Solicitante
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

53-Data, local e Assinatura do Operador de Empresa
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

86-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

87-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

88-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

89-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

90-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

91-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

92-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

93-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

94-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

95-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

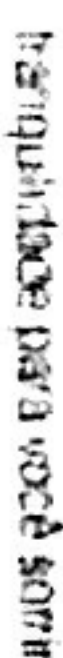
96-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

97-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

98-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

99-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt

100-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores
02/12/09/09/20 Karim Cunha Schmidt



242



361483
INTERCÂMBIO

12-Número de Cartão Nacional de Crédito
700707923986973

ALEX BARBOSA DE ANDRADE MOREIR

801 - Faturar Empresa

30- Tabela 31- Código do Procedimento

10-Data de Realização	1- Nome do Candidato	2- Nota	3- Classificação
22/09/20	<i>Me</i>		
22/09/20	<i>Me</i>		
22/09/20	<i>Me</i>		
22/09/20	<i>Me</i>		
22/09/20	<i>Me</i>		

48-Total Fandums Co-located 78

七

1839 11/12

04-08-2007

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	3-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 501933410	7-Data Vencimento da Senha 22/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---	--

380385
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 010379994065210678	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JOSE AUGUSTO ARAUJO	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702304169060715
--	--------------------------------	-----------------------------------	--	--

13-Nome JOSE AUGUSTO DE ARAUJO BATISTA	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano JOSE AUGUSTO DE ARAUJO BATISTA
---	--	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S- 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85100200
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo de Glosa	42-Assinatura
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6100				22/09/12		
2-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6100				22/09/12		
3-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6100				22/09/12		
4-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6100				22/09/12		
5-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DV	1	8800				22/09/12		
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Previsto 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 332,00	47-Válido 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-Local e Assinatura do Contratado - Dentista Solicitante Karin Cunha Schmidt	51-Data, Local e Assinatura do Médico-Dentista 22/09/12 Karin Cunha Schmidt	52-Data, Local e Assinatura do Responsável / Representante 22/09/12 Karin Cunha Schmidt	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 22/09/12 Karin Cunha Schmidt
---	--	--	--

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.532.11721
CRO: 24928



Intermedios para você sorrir

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓG CO

2. Nº



1-Prótese ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/09/10 8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185018	7-Data Válidade da Guia 11/07/11 11/12/01
-------------------------	---	---	-----------------------	--	--

359427
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101370000004569396111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Válidade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006183498909
13-Nome TANIA MELO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano TANIA MELO		

Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a BV N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ
20-Código na Operadora - CNEP/COP 0137632117211111	21-Nome do Contratado Existente KARIN CUNHA SCHMIDT	22-Número no CRO 24928	23-UF RJ
24-Nome do Profissional Existente KARIN CUNHA SCHMIDT	25-Número no CRO 24928	26-UF RJ	27-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Debito R\$	34-Frete	35-Unit	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	11	61,00	0,00	11	09/10	11/09/10
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	11	61,00	0,00	11	09/10	11/09/10
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	11	61,00	0,00	11	09/10	11/09/10
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
42-Data Previsto Término do Tratamento											
43-Tipo de Atendimento											
44-Tipo de Tratamento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Tipo de Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Tipo de Faturamento											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e a natureza do 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 eu(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)laran real izado(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

51-Data de Assinatura do Paciente ou do Responsável 11/09/10	52-Data de Assinatura do Profissional Responsável 11/09/10	53-Data de Assinatura da Empresa 11/09/10
---	---	--

CPF: 081.632.117-21
CRO: 24928RJ



359424
INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/1991	4-Data de Autorização 11/06/1991	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191740	7-Data Validade de Senha 11/05/1991
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0003737700000136004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENALTEC LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708506084177090
13-Nome CHRISTIANE OAZEM MACEDO	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano CHRISTIANE OAZEM MACEDO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	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
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00			16/09/20		
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OM	1	88,00	0,00			16/09/20		
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-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1176,00	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), 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-Local e Assinatura do Paciente/Dentista Solicitante 16/09/20 Karim	51-Local e Assinatura do Paciente/Dentista 16/09/20 Karim	52-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Aquino	53-Local e Assinatura do Médico da Empresa 16/09/20
--	--	--	--

Odontolife

Itaque, quia per 3 vocis scribi

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº



359425
INTERCÂMBIO

1-Prontuário ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 8/12/01 4-Data de Autorização 11/09/10 8/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50185017 7-Data Validade da Guia 11/07/11 11/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037377000013630611 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa RENALTEC LTDA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde 708203679323040

13-Nome MARCELA OAZEM DE VASCONCELLOS

14-Teléfono 27/04/2002

15-Nome do titular do plano CHRISTIANE OAZEM MACEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço do RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT

18-Número no CRO 24928

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 037632117211

22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

23-Número no CRO 24928

24-UF RJ

25-Código CNES 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Requerido	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mo do 2a Guia 42-Data de Realização
1-000	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	16,09	10	16,09
2-000	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	16,09	20	16,09
3-000	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	16,09	20	16,09
4-000	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	16,09	20	16,09
5-000	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	16,09	20	16,09
6-000											
7-000											
8-000											
9-000											
10-000											
11-000											
12-000											
13-000											
14-000											
15-000											

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 Quantidade US 1178,00 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 a temáticas 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-Endereço e Assinatura do Profissional Solicitante 51-Data Real e Assinatura do Profissional Dentista 52-Data Real e Assinatura do Profissional Responsável 53-Data Real e Assinatura da Empresa

16/09/20 16/09/20 16/09/20 16/09/20

Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.11721
CRO: 24928 RJ



376223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
16/09/2011

4-Data de Autorização
16/09/2011

5-Será
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
50191705

7-Data Validade de Série
15/11/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00373747000945005

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
APEFRIO PLIPART

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704801500215848

13-Nome
GEORGES GREMAUD JUNIOR

29/10/1969

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
GEORGES GREMAUD JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KARIN CUNHA SCHMIDT

18-Número no CRO
24928

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
03763211721

22-Nome do Contratado Executante
KARIN CUNHA SCHMIDT

23-Número no CRO
24928

24-UF
RJ

25-Código CNES
(0) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
KARIN CUNHA SCHMIDT

27-Número no CRO
24928

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeleia

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchise/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glor 42-Assinatura

1-0085100196 RESTAURAÇÃO RESINA

15

V

1

1

610000000000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

000

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



372729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

10/03/99

4-Data de Autorização

10/03/99

5-Sente

AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal

50190383

7-Data Validade da Guia

10/09/12

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

1010379994065637698

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira

10/09/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

701201022138414

13-Nome

RAFAEL DE JESUS FRANCA

25/01/1987

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

RAFAEL DE JESUS FRANCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

KARIN CUNHA SCHMIDT

18-Número no CRO

24928

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

103763211721

22-Nome do Contratado Executante

KARIN CUNHA SCHMIDT

23-Número no CRO

24928

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

KARIN CUNHA SCHMIDT

27-Número no CRO

24928

28-UF

RJ

29-Código CBO S

801 -

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 Guia

1-00081000030 CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

3-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

4-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

5-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

6-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

7-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

8-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

9-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

10-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

11-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

12-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

13-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

14-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

15-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

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 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 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

Dr. Karin Cunha Schmidt
CPF: 087.632.17721

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/03/2011 Karim

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/03/2011 Karim

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/03/2011 Franzy

53-Data, local e Assinatura de Empresa

11/03/2011

CRO: 24928

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



372764
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/01/09	4-Dia de Autorização 10/01/09	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190395	7-Dia Validade da Sinthe 10/01/12
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994065637698	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Dia Validade da Carteira 10/01/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701201022138414
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome

RAFAEL DE JESUS FRANCA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAEL DE JESUS FRANCA
------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	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-Módulo da Glor	42-Sinthe
1-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61100	0,00			10/09/20		Franc
2-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61100	0,00			10/09/20		Franc
3-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61100	0,00			10/09/20		Franc
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-Dia Previsto Término do Tratamento 10/01/09	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 183,00	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), 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 Beneficiário-Dentista Solicitante 10/09/20 Karim	51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário-Dentista 10/09/20 Karim	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20 Franc	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 10/09/20
---	---	--	--

Karim Cunha Schmidt
CPF: 081.559.11721
CRC: 24928/RJ



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 09/09/2009	4-Data de Autorização 09/09/2009	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50190065	7-Data Validade de Senha 08/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

372036
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0037000027299654	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REGINALDO E CAROLI	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706207077115269
13-Nome REGINALDO JERONIMO DE PAULA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano REGINALDO JERONIMO DE PAULA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00			09/09/2009	
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 Quantidade US											
88,00											
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 os(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 e Assinatura do Operador Dentista Solicitante 09/09/2009	51-Data e Assinatura do Cliente Dentista 09/09/2009	52-Data e Assinatura do Responsável 09/09/2009	53-Data e Assinatura da Empresa 09/09/2009
---	--	---	---

Karin Cunha Schmidt
09/09/2009
09/09/2009