



351513
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 50181710	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060939190	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALIVIDA COMAER	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709207237470732
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ALBERTO VICTOR PEREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALBERTO VICTOR PEREIRA
-----------------------------------	----------------------	---

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-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			05/08/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			05/08/20		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00			05/08/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			05/08/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			05/08/20		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			05/08/20		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			05/08/20		
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 182,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 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 Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO PRIME LTDA CNPJ: 23.882.920/0001-56
---------------	---	---	---	--

Dr. Diego S. Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RJ 41034



366237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/08/20	4-Data de Autorização 05/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7831736	7-Data Validade da Senha 26/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510220300052401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALLEX ANDRE DE SANTANNA MAQUIEIRA	14-Telefone (21) 0000-0000	15-Nome do titular do plano ALLEX ANDRE DE SANTANNA MAQUIEIRA
--	-------------------------------	--

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 025 - 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	HASD		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
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-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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/20	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa CNPJ: 25.882.920/0001-56
---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.
CNPJ: 25.882.920/0001-56



381975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193881	7-Data Validade da Senha 22/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000016022923	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
--	---	---------------------------	-------------	----------------

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	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
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
---	--	---	----------------------------------	----------------------------

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 a arcar com os custos 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 24/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/20
---	---	---	---

Dr. Diego S. Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RJ 41034
**CLINICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.**
CNPJ: 23.882.920/0001-88



396604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199288	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060035053	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALIANCA ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701406670372735
13-Nome VITOR HUGO MOURA ALCANTARA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELA CARVALHO DE PAULO DE A	

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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
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 responsável, o valor deste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.
CNPJ: 23.862.020/0001-86