



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF

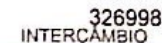
326993
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Cidade de Emissão da Guia 19/06/2019	4-Cidade de Autorização 19/06/2019	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50168204	7-Cidade de Validade da Guia 19/06/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000020217342	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Cidade de Validade da Carteira 19/06/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700302908028338	
13-Nome SELMA DOS SANTOS CARVALHO		14-Telefone ()	15-Data de Nascimento 28/02/1954		
16-Data de Emissão Responsável pelo Tratamento					
17-Autorização e Assinatura N	18-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		19-Número do CRO 46320	20-UF RJ	21-Código CBO S 901 - Faturar Empresa
22-Código de Operadora - CNPJ/ICPJ 07514463780		23-Nome do Contratado e Assinatura LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	24-Número do CRO 46320	25-UF RJ	26-Código CBO S Enviar - RX (1) 81000421
27-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		28-Número do CRO 46320	29-UF RJ	30-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Cidade/Região	35-Fase	36-Qtd
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD	19	28	00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Valor					
38-Preço/Participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Cessão					
42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 19/06/2019					
44-Tipo de Assinatura					
45-Tipo de Pagamento					
46-Taxa Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Taxa Prejuízo / 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 este 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 Contratado/Contratante					
51-Data, local e Assinatura do Contratado/Contratante					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

Dra. Lilian Policanta
Ortopia Dentista
CRO RJ 46320



2

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-97

326500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/06/2011	3-Data de Autorização 11/06/2011	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Prontuário 50166975	6-Data Validade da Guia 11/06/2011
7-Data de Beneficiário 010370000003641158		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	10-Data Validade da Carteira 11/06/2011	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 705404418727398
12-Nome RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS		13-Telefone 13/09/1953	14-Nome do titular do plano RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS		
15-Assinatura e Rubrica N		16-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		17-Número na CRO 46320	18-UF RJ
19-Código na Operadora / CNPJ / CPT 07514463780		20-Nome do Contratado / Beneficiário LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		21-Número na CRO 46320	22-UF RJ
23-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		24-Número na CRO 46320		25-UF RJ	26-Código CBO B
27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
28-Tela 1	29-Código do Procedimento 01061000421	30-Descrição RX PERIAPICAL	31-Código Rayado RMID	32-Data 11/06/2011	33-Quantidade Lit 0100
34-Tela 2	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 3	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 4	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 5	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 6	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 7	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 8	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 9	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 10	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 11	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 12	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 13	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 14	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
34-Tela 15	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Código Rayado	38-Data	39-Quantidade Lit
40-Data de Emissão do Tratamento 11/06/2011		41-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência		42-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	43-Taxa Quantidade Lit 12800
44-Taxa Faturamento 0100		45-Taxa Faturamento 0100		46-Taxa Faturamento 0100	
47-Taxa Faturamento 0100					
48-Taxa Faturamento 0100					
49-Taxa Faturamento 0100					
50-Taxa Faturamento 0100					
51-Taxa Faturamento 0100					
52-Taxa Faturamento 0100					
53-Taxa Faturamento 0100					
54-Taxa Faturamento 0100					
55-Taxa Faturamento 0100					
56-Taxa Faturamento 0100					
57-Taxa Faturamento 0100					
58-Taxa Faturamento 0100					
59-Taxa Faturamento 0100					
60-Taxa Faturamento 0100					
61-Taxa Faturamento 0100					
62-Taxa Faturamento 0100					
63-Taxa Faturamento 0100					
64-Taxa Faturamento 0100					
65-Taxa Faturamento 0100					
66-Taxa Faturamento 0100					
67-Taxa Faturamento 0100					
68-Taxa Faturamento 0100					
69-Taxa Faturamento 0100					
70-Taxa Faturamento 0100					
71-Taxa Faturamento 0100					
72-Taxa Faturamento 0100					
73-Taxa Faturamento 0100					
74-Taxa Faturamento 0100					
75-Taxa Faturamento 0100					
76-Taxa Faturamento 0100					
77-Taxa Faturamento 0100					
78-Taxa Faturamento 0100					
79-Taxa Faturamento 0100					
80-Taxa Faturamento 0100					
81-Taxa Faturamento 0100					
82-Taxa Faturamento 0100					
83-Taxa Faturamento 0100					
84-Taxa Faturamento 0100					
85-Taxa Faturamento 0100					
86-Taxa Faturamento 0100					
87-Taxa Faturamento 0100					
88-Taxa Faturamento 0100					
89-Taxa Faturamento 0100					
90-Taxa Faturamento 0100					
91-Taxa Faturamento 0100					
92-Taxa Faturamento 0100					
93-Taxa Faturamento 0100					
94-Taxa Faturamento 0100					
95-Taxa Faturamento 0100					
96-Taxa Faturamento 0100					
97-Taxa Faturamento 0100					
98-Taxa Faturamento 0100					
99-Taxa Faturamento 0100					
100-Taxa Faturamento 0100					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

Assinatura:

40-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante

41-Data, local e Assinatura do Contratado / Beneficiário

42-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

43-Data, local e Assinatura da Empresa

44-Data, local e Assinatura da Empresa

45-Data, local e Assinatura da Empresa

46-Data, local e Assinatura da Empresa

47-Data, local e Assinatura da Empresa

48-Data, local e Assinatura da Empresa

49-Data, local e Assinatura da Empresa

50-Data, local e Assinatura da Empresa

51-Data, local e Assinatura da Empresa

52-Data, local e Assinatura da Empresa

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura da Empresa

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura da Empresa

97-Data, local e Assinatura da Empresa

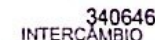
98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura da Empresa

100-Data, local e Assinatura da Empresa



34



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 11/07/2011		4-Data de Autorização 11/07/2011		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50177111		7-Data de Vencimento da Guia 11/07/2011		940646 INTERCAMBIO							
8-Número do Contrato 0037000020217342				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A				11-Data de Início do Contrato 11/07/2011							
12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700302908028338				13-Nome SELMA DOS SANTOS CARVALHO				14-Data de Nascimento 28/02/1954				15-Nome do titular do plano SELMA DOS SANTOS CARVALHO							
16-Atendimento a RLS N												17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CNO 46320		19-UF RJ		20-Código CBO 3 801 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora - CNPJ / CEP 07514463780				22-Nome do Contratado Externo LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				23-Número do CNO 46320				24-UF RJ		25-Código CBO 3					
26-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				27-Número do CNO 46320				28-UF RJ				29-Código CBO 3							
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																			
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Preço	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Síntese de Arguição									
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		34,00	0,00													
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
42-Data de Realização do Tratamento 11/07/2011		43-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Emergência 3 - Urgência 4 - Urgência Emergência		44-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		45-Total Quantidade US 34,00		46-Valor Total R\$ 0,00		47-Total Franquia - Participação R\$									
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos no contrato. Declaro ainda que este 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 atuar com os custos conforme previsto no contrato.																			
Assinatura do Contratado Externo																			
48-Data, local e Assinatura do Contratado Externo				49-Data, local e Assinatura do Contratado Externo				50-Data, local e Assinatura do Contratado Externo				51-Data, local e Assinatura do Contratado Externo							
11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE							
52-Data, local e Assinatura do Contratado Externo				53-Data, local e Assinatura do Contratado Externo				54-Data, local e Assinatura do Contratado Externo				55-Data, local e Assinatura do Contratado Externo							
11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				11/07/2011, LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE							

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

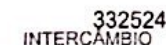


326926
INTERCAMBIO

[illegible]



2

[illegible]

OdontoLife
Tudo Atende, Tudo Melhor

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

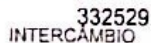
2º



340618
INTERCÂMBIO

1-Registro Anís 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Código de Autorização 1161107112101	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Prontuário 50177095	7-Data validade da Série 11/07/2012
8-Número da Carteira 0103170000020217342					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data validade da Carteira 11/07/2012	
12-Nome SELMA DOS SANTOS CARVALHO		13-Data de Nascimento 28/02/1954		14-CPF 11111111111	
15-Nome do titular do plano SELMA DOS SANTOS CARVALHO					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora - CUP - LIT 017514463780		22-Nome do Contrato Exatidão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		23-Número do CRO 46320	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Contratado LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		26-Número do CRO 46320		27-UF RJ	28-Código CBO 801 - Faturar Empresa
29-Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16 DO	1	1113100
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Valor Total R\$			37-Valor Total R\$		
38-Valor Total R\$			39-Valor Total R\$		
40-Valor Total R\$			41-Valor Total R\$		
42-Valor Total R\$			43-Valor Total R\$		
44-Valor Total R\$			45-Valor Total R\$		
46-Valor Total R\$			47-Valor Total R\$		
48-Valor Total R\$			49-Valor Total R\$		
50-Valor Total R\$			51-Valor Total R\$		
52-Valor Total R\$			53-Valor Total R\$		
54-Valor Total R\$			55-Valor Total R\$		
56-Valor Total R\$			57-Valor Total R\$		
58-Valor Total R\$			59-Valor Total R\$		
60-Valor Total R\$			61-Valor Total R\$		
62-Valor Total R\$			63-Valor Total R\$		
64-Valor Total R\$			65-Valor Total R\$		
66-Valor Total R\$			67-Valor Total R\$		
68-Valor Total R\$			69-Valor Total R\$		
70-Valor Total R\$			71-Valor Total R\$		
72-Valor Total R\$			73-Valor Total R\$		
74-Valor Total R\$			75-Valor Total R\$		
76-Valor Total R\$			77-Valor Total R\$		
78-Valor Total R\$			79-Valor Total R\$		
80-Valor Total R\$			81-Valor Total R\$		
82-Valor Total R\$			83-Valor Total R\$		
84-Valor Total R\$			85-Valor Total R\$		
86-Valor Total R\$			87-Valor Total R\$		
88-Valor Total R\$			89-Valor Total R\$		
90-Valor Total R\$			91-Valor Total R\$		
92-Valor Total R\$			93-Valor Total R\$		
94-Valor Total R\$			95-Valor Total R\$		
96-Valor Total R\$			97-Valor Total R\$		
98-Valor Total R\$			99-Valor Total R\$		
100-Valor Total R\$			101-Valor Total R\$		
102-Valor Total R\$			103-Valor Total R\$		
104-Valor Total R\$			105-Valor Total R\$		
106-Valor Total R\$			107-Valor Total R\$		
108-Valor Total R\$			109-Valor Total R\$		
110-Valor Total R\$			111-Valor Total R\$		
112-Valor Total R\$			113-Valor Total R\$		
114-Valor Total R\$			115-Valor Total R\$		
116-Valor Total R\$			117-Valor Total R\$		
118-Valor Total R\$			119-Valor Total R\$		
120-Valor Total R\$			121-Valor Total R\$		
122-Valor Total R\$			123-Valor Total R\$		
124-Valor Total R\$			125-Valor Total R\$		
126-Valor Total R\$			127-Valor Total R\$		
128-Valor Total R\$			129-Valor Total R\$		
130-Valor Total R\$			131-Valor Total R\$		
132-Valor Total R\$			133-Valor Total R\$		
134-Valor Total R\$			135-Valor Total R\$		
136-Valor Total R\$			137-Valor Total R\$		
138-Valor Total R\$			139-Valor Total R\$		
140-Valor Total R\$			141-Valor Total R\$		
142-Valor Total R\$			143-Valor Total R\$		
144-Valor Total R\$			145-Valor Total R\$		
146-Valor Total R\$			147-Valor Total R\$		
148-Valor Total R\$			149-Valor Total R\$		
150-Valor Total R\$			151-Valor Total R\$		
152-Valor Total R\$			153-Valor Total R\$		
154-Valor Total R\$			155-Valor Total R\$		
156-Valor Total R\$			157-Valor Total R\$		
158-Valor Total R\$			159-Valor Total R\$		
160-Valor Total R\$			161-Valor Total R\$		
162-Valor Total R\$			163-Valor Total R\$		
164-Valor Total R\$			165-Valor Total R\$		
166-Valor Total R\$			167-Valor Total R\$		
168-Valor Total R\$			169-Valor Total R\$		
170-Valor Total R\$			171-Valor Total R\$		
172-Valor Total R\$			173-Valor Total R\$		
174-Valor Total R\$			175-Valor Total R\$		
176-Valor Total R\$			177-Valor Total R\$		
178-Valor Total R\$			179-Valor Total R\$		
180-Valor Total R\$			181-Valor Total R\$		
182-Valor Total R\$			183-Valor Total R\$		
184-Valor Total R\$			185-Valor Total R\$		
186-Valor Total R\$			187-Valor Total R\$		
188-Valor Total R\$			189-Valor Total R\$		
190-Valor Total R\$			191-Valor Total R\$		
192-Valor Total R\$			193-Valor Total R\$		
194-Valor Total R\$			195-Valor Total R\$		
196-Valor Total R\$			197-Valor Total R\$		
198-Valor Total R\$			199-Valor Total R\$		
200-Valor Total R\$			201-Valor Total R\$		
202-Valor Total R\$			203-Valor Total R\$		
204-Valor Total R\$			205-Valor Total R\$		
206-Valor Total R\$			207-Valor Total R\$		
208-Valor Total R\$			209-Valor Total R\$		
210-Valor Total R\$			211-Valor Total R\$		
212-Valor Total R\$			213-Valor Total R\$		
214-Valor Total R\$			215-Valor Total R\$		
216-Valor Total R\$			217-Valor Total R\$		
218-Valor Total R\$			219-Valor Total R\$		
220-Valor Total R\$			221-Valor Total R\$		
222-Valor Total R\$			223-Valor Total R\$		
224-Valor Total R\$			225-Valor Total R\$		
226-Valor Total R\$			227-Valor Total R\$		
228-Valor Total R\$			229-Valor Total R\$		
230-Valor Total R\$			231-Valor Total R\$		
232-Valor Total R\$			233-Valor Total R\$		
234-Valor Total R\$			235-Valor Total R\$		
236-Valor Total R\$			237-Valor Total R\$		
238-Valor Total R\$			239-Valor Total R\$		
240-Valor Total R\$			241-Valor Total R\$		
242-Valor Total R\$			243-Valor Total R\$		
244-Valor Total R\$			245-Valor Total R\$		
246-Valor Total R\$			247-Valor Total R\$		
248-Valor Total R\$			249-Valor Total R\$		
250-Valor Total R\$			251-Valor Total R\$		
252-Valor Total R\$			253-Valor Total R\$		
254-Valor Total R\$			255-Valor Total R\$		
256-Valor Total R\$			257-Valor Total R\$		
258-Valor Total R\$			259-Valor Total R\$		
260-Valor Total R\$			261-Valor Total R\$		
262-Valor Total R\$			263-Valor Total R\$		
264-Valor Total R\$			265-Valor Total R\$		
266-Valor Total R\$			267-Valor Total R\$		
268-Valor Total R\$			269-Valor Total R\$		
270-Valor Total R\$			271-Valor Total R\$		
272-Valor Total R\$			273-Valor Total R\$		
274-Valor Total R\$			275-Valor Total R\$		
276-Valor Total R\$			277-Valor Total R\$		
278-Valor Total R\$			279-Valor Total R\$		
280-Valor Total R\$			281-Valor Total R\$		
282-Valor Total R\$			283-Valor Total R\$		
284-Valor Total R\$			285-Valor Total R\$		
286-Valor Total R\$			287-Valor Total R\$		
288-Valor Total R\$			289-Valor Total R\$		
290-Valor Total R\$			291-Valor Total R\$		
292-Valor Total R\$			293-Valor Total R\$		
294-Valor Total R\$			295-Valor Total R\$		
296-Valor Total R\$			297-Valor Total R\$		
298-Valor Total R\$			299-Valor Total R\$		
300-Valor Total R\$			301-Valor Total R\$		
302-Valor Total R\$			303-Valor Total R\$		
304-Valor Total R\$			305-Valor Total R\$		
306-Valor Total R\$			307-Valor Total R\$		
308-Valor Total R\$			309-Valor Total R\$		
310-Valor Total R\$			311-Valor Total R\$		
312-Valor Total R\$			313-Valor Total R\$		
314-Valor Total R\$			315-Valor Total R\$		
316-Valor Total R\$			317-Valor Total R\$		
318-Valor Total R\$			319-Valor Total R\$		
320-Valor Total R\$			321-Valor Total R\$		
322-Valor Total R\$			323-Valor Total R\$		
324-Valor Total R\$			325-Valor Total R\$		
326-Valor Total R\$			327-Valor Total R\$		
328-Valor Total R\$			329-Valor Total R\$		
330-Valor Total R\$			331-Valor Total R\$		
332-Valor Total R\$			333-Valor Total R\$		
334-Valor Total R\$			335-Valor Total R\$		
336-Valor Total R\$			337-Valor Total R\$		
338-Valor Total R\$			339-Valor Total R\$		
340-Valor Total R\$			341-Valor Total R\$		
342-Valor Total R\$			343-Valor Total R\$		
344-Valor Total R\$			345-Valor Total R\$		
346-Valor Total R\$			347-Valor Total R\$		
348-Valor Total R\$			349-Valor Total R\$		
350-Valor Total R\$			351-Valor Total R\$		
352-Valor Total R\$			353-Valor Total R\$		
354-Valor Total R\$			355-Valor Total R\$		
356-Valor Total R\$			357-Valor Total R\$		
358-Valor Total R\$			359-Valor Total R\$		
360-Valor Total R\$			361-Valor Total R\$		
362-Valor Total R\$			363-Valor Total R\$		
364-Valor Total R\$			365-Valor Total R\$		
366-Valor Total R\$			367-Valor Total R\$		
368-Valor Total R\$			369-Valor Total R\$		
370-Valor Total R\$			371-Valor Total R\$		
372-Valor Total R\$			373-Valor Total R\$		
374-Valor Total R\$			375-Valor Total R\$		
376-Valor Total R\$			377-Valor Total R\$		
378-Valor Total R\$			379-Valor Total R\$		
380-Valor Total R\$			381-Valor Total R\$		
382-Valor Total R\$			383-Valor Total R\$		
384-Valor Total R\$			385-Valor Total R\$		
386-Valor Total R\$			387-Valor Total R\$		
388-Valor Total R\$			389-Valor Total R\$		
390-Valor Total R\$			391-Valor Total R\$		
392-Valor Total R\$			393-Valor Total R\$		
394-Valor Total R\$			395-Valor Total R\$		
396-Valor Total R\$			397-Valor Total R\$		
398-Valor Total R\$			399-Valor Total R\$		
400-Valor Total R\$			401-Valor Total R\$		
402-Valor Total R\$			403-Valor Total R\$		
404-Valor Total R\$			405-Valor Total R\$		
406-Valor Total R\$			407-Valor Total R\$		
408-Valor Total R\$			409-Valor Total R\$		
410-Valor Total R\$			411-Valor Total R\$		
412-Valor Total R\$			413-Valor Total R\$		
414-Valor Total R\$			415-Valor Total R\$		
416-Valor Total R\$			417-Valor Total R\$		
418-Valor Total R\$			419-Valor Total R\$		
420-Valor Total R\$			421-Valor Total R\$		
422-Valor Total R\$			423-Valor Total R\$		
424-Valor Total R\$			425-Valor Total R\$		
426-Valor Total R\$			427-Valor Total R\$		
428-Valor Total R\$			429-Valor Total R\$		
430-Valor Total R\$			431-Valor Total R\$		
432-Valor Total R\$			433-Valor Total R\$		
434-Valor Total R\$			435-Valor Total R\$		
436-Valor Total R\$			437-Valor Total R\$		
438-Valor Total R\$			439-Valor Total R\$		
440-Valor Total R\$			441-Valor Total R\$		
442-Valor Total R\$			443-Valor Total R\$		
444-Valor Total R\$			445-Valor Total R\$		
446-Valor Total R\$			447-Valor Total R\$		
448-Valor Total R\$			449-Valor Total R\$		
450-Valor Total R\$			451-Valor Total R\$		
452-Valor Total R\$			453-Valor Total R\$		
454-Valor Total R\$			455-Valor Total R\$		
456-Valor Total R\$			457-Valor Total R\$		
458-Valor Total R\$			459-Valor Total R\$		
460-Valor Total R\$			461-Valor Total R\$		
462-Valor Total R\$			463-Valor Total R\$		
464-Valor Total R\$			465-Valor Total R\$		
466-Valor Total R\$			467-Valor Total R\$		
468-Valor Total R\$			469-Valor Total R\$		
470-Valor Total R\$			471-Valor Total R\$		
472-Valor Total R\$			473-Valor Total R\$		
474-Valor Total R\$			475-Valor Total R\$		
476-Valor Total R\$			477-Valor Total R\$		
478-Valor Total R\$			479-Valor Total R\$		
480-Valor Total R\$			481-Valor Total R\$		
482-Valor Total R\$			483-Valor Total R\$		
484-Valor Total R\$			485-Valor Total R\$		
486-Valor Total R\$			487-Valor Total R\$		
488-Valor Total R\$			489-Valor Total R\$		
490-Valor Total R\$			491-Valor Total R\$		
492-Valor Total R\$			493-Valor Total R\$		
494-Valor Total R\$			495-Valor Total R\$		
496-Valor Total R\$			497-Valor Total R\$		
498-Valor Total R\$			499-Valor Total R\$		
500-Valor Total R\$			501-Valor Total R\$		
502-Valor Total R\$			503-Valor Total R\$		
504-Valor Total R\$			505-Valor Total R\$		
506-Valor Total R\$			507-Valor Total R\$		
508-Valor Total R\$			509-Valor Total R\$		
510-Valor Total R\$			511-Valor Total R\$		
512-Valor Total R\$			513-Valor Total R\$		
514-Valor Total R\$			515-Valor Total R\$		
516-Valor Total R\$			517-Valor Total R\$		
518-Valor Total R\$			519-Valor Total R\$		
520-Valor Total R\$			521-Valor Total R\$		
522-Valor Total R\$			523-Valor Total R\$		
524-Valor Total R\$			525-Valor Total R\$		
526-Valor Total R\$			527-Valor Total R\$		
528-Valor Total R\$			529-Valor Total R\$		
530-Valor Total R\$			531-Valor Total R\$		
532-Valor Total R\$			533-Valor Total R\$		
534-Valor Total R\$			535-Valor Total R\$		
536-Valor Total R\$			537-Valor Total R\$		
538-Valor Total R\$			539-Valor Total R\$		
540-Valor Total R\$			541-Valor Total R\$		
542-Valor Total R\$			543-Valor Total R\$		
544-Valor Total R\$			545-Valor Total R\$		
546-Valor Total R\$			547-Valor Total R\$		
548-Valor Total R\$			549-Valor Total R\$		
550-Valor Total R\$			551-Valor Total R\$		
552-Valor Total R\$			553-Valor Total R\$		
554-Valor Total R\$			555-Valor Total R\$		
556-Valor Total R\$			557-Valor Total R\$		
558-Valor Total R\$			559-Valor Total R\$		

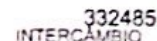
2.94



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/10/2012		4-Data de Autorização 01/10/2012		5-Série AUTORIZADO		6-Admissão da Guia-Previd 50173777		7-Data Validade da Série 29/10/2012		332529 INTERCAMBIO																																																																																																																																																																																																																	
8-Admissão da Carteira 000379994062731251				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 898004517848037																																																																																																																																																																																																															
13-Nome THALITA BEUTTENMULLER SOUZA				14-Data 05/09/1984				15-Idade ()				16-Nome do titular do plano THALITA BEUTTENMULLER SOUZA																																																																																																																																																																																																																	
17-Endereço e Cidade N LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														18-UF RJ		19-Código CBO S 801		20-Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200140-24																																																																																																																																																																																																											
21-Código de Operadora / CNPJ / CDE 07514463780				22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				23-Número do CBO 46320		24-UF RJ		25-Código CHES																																																																																																																																																																																																																	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				27-Número do CBO 46320		28-UF RJ		29-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código de Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Freqüência</th> <th>34-Fase</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Faixa de Condiçãoção R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo de Cessa</th> <th>42-Parâmetro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0065200140</td> <td>TRATAMENTO ENDODONTICO</td> <td>24</td> <td></td> <td></td> <td>461100</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>														30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Freqüência	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Faixa de Condiçãoção R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessa	42-Parâmetro	1	0065200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	24			461100	0,00						2													3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Freqüência	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Faixa de Condiçãoção R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessa	42-Parâmetro																																																																																																																																																																																																																	
1	0065200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	24			461100	0,00																																																																																																																																																																																																																						
2																																																																																																																																																																																																																													
3																																																																																																																																																																																																																													
4																																																																																																																																																																																																																													
5																																																																																																																																																																																																																													
6																																																																																																																																																																																																																													
7																																																																																																																																																																																																																													
8																																																																																																																																																																																																																													
9																																																																																																																																																																																																																													
10																																																																																																																																																																																																																													
11																																																																																																																																																																																																																													
12																																																																																																																																																																																																																													
13																																																																																																																																																																																																																													
14																																																																																																																																																																																																																													
15																																																																																																																																																																																																																													
43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/2012		44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Odontologia 4 Urgência Emergência				45-Tipo de Tratamento 1 Total 2 Parcial		46-Taxa Quantidade US 461100		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Taxa Franquia - Condiçãoção R\$																																																																																																																																																																																																																	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e anotar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s) 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-Observações																																																																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>50-Carteira local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2012 Lilian P. Policante</td> <td>51-Carteira local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Lilian P. Policante</td> <td>52-Carteira local e Assinatura do Beneficiário / Representante 01/10/2012 Thalita B. Souza</td> <td>53-Carteira local e Carimbo da S. Instituição 01/10/2012</td> </tr> </table>														50-Carteira local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2012 Lilian P. Policante	51-Carteira local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Lilian P. Policante	52-Carteira local e Assinatura do Beneficiário / Representante 01/10/2012 Thalita B. Souza	53-Carteira local e Carimbo da S. Instituição 01/10/2012																																																																																																																																																																																																												
50-Carteira local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2012 Lilian P. Policante	51-Carteira local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Lilian P. Policante	52-Carteira local e Assinatura do Beneficiário / Representante 01/10/2012 Thalita B. Souza	53-Carteira local e Carimbo da S. Instituição 01/10/2012																																																																																																																																																																																																																										



24



1-Registro ANV 406414		2-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01		3-Data de Autuação 01/11/07 12:01		4-Número de Guia Proced 50173758		5-Sentença AUTORIZADO		6-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01		332485 INTERCAMBIO	
7-Data de Beneficiário 01/11/07 12:01													
8-Número de Contrato 01/11/07 12:01				9-Número de Contrato Nacional de Saúde 89004517848037									
10-Nome THALITA BEUTTENMULLER SOUZA				11-Data de Nascimento 05/09/1984				12-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01				13-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01	
14-Nome do Contratado THALITA BEUTTENMULLER SOUZA													
15-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				16-Número do CNO 46320				17-UF RJ				18-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01	
19-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01				20-Nome do Contratado e Beneficiário LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				21-Número do CNO 46320				22-UF RJ	
23-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				24-Número do CNO 46320				25-UF RJ				26-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01	
27-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
28-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
29-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
30-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
31-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
32-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
33-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
34-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
35-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
36-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
37-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
38-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
39-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
40-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
41-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
42-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
43-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
44-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
45-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
46-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
47-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
48-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
49-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
50-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
51-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
52-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
53-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
54-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
55-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
56-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
57-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
58-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
59-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
60-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
61-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
62-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
63-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
64-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
65-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
66-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
67-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
68-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
69-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
70-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
71-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
72-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
73-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
74-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
75-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
76-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
77-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
78-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
79-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
80-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
81-Data de Emissão da Guia 01/11/07 12:01													
82-Data de Vencimento da Guia 12/09/09 12:01													
83-													



340423

DATE: 11/11/11
BY: [Signature]
TITLE: [Signature]



240

[illegible]

34



344741

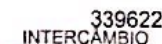
Dra. Lilian Policante
 **Cirurgia Dentista**
 ERO-RJ-46327



344756
INTERCAMBIO

1-Identificação ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/07/2012	3-Data de Autorização 23/07/2012	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Própria 50178651	6-Data validade de Sembr 21/07/2012
Dados do Beneficiário			7-Data validade de Sembr		
8-Número da Carteira 000379994059116029	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704502348667318	
13-Nome QUELI GONCALVES SALDANHA DOS S			14-Data de Nascimento 29/06/1972	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do Múltiplo do plano MICHEL GONCALVES DOS SANTOS
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Identificação e RNT N	18-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	19-Número no CRO 46320	20-UF RJ	21-Código CBO 3	22-Data de Realização / /
23-Código da Operadora (CNPJ) / CFE 07514463780	24-Nome do Contratado Exatidão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	25-Número no CRO 46320	26-UF RJ	27-Código CNE 5	28-Data de Realização / /
29-Nome do Profissional Contratado LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	30-Número no CRO 46320	31-UF RJ	32-Código CBO 3	33-Data de Realização / /	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
34-Taxa 0085100200	35-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	36-Dente/Raio 21 MP	37-Data 21/07/2012	38-Quantidade US 0000	39-Valor Total R\$ 0,00
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					

34

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339630
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176694	7-Data Vencimento da Guia 13/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994059116029	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704502346667318	
13-Nome QUELI GONCALVES SALDANHA DOS S		14-Telefone 29/06/1972	15-Nome do titular do plano MICHEL GONCALVES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RX N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Contratação - CNPJ - CNP 07514463780		22-Nome do Contratado Existente LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		23-Número no CRO 46320	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Responsável LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		26-Número no CRO 46320		27-UF RJ	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd
1-00181000421		RX PERIAPICAL	RMSE	1	28100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Crit. de Realização					
41-Motivo de Recusa					
42-Assinatura					
43-Data Finalidade / Término do Tratamento 15/10/2012					
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 28100					
47-Valor Total R\$ 1000					
48-Total Faturado - 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2012 Dr. Lilian Policante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012 Dr. Lilian Policante					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012 Michel Gonçalves dos Santos					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2012					
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012 Dr. Lilian Policante CRO RJ 46320					

Dra. Lilian Pollicante
Crusill Dentista
CRO RJ 46320

Dra. Lillian Policano
Oral & Dental
CRO 81 45320



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-02

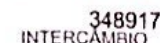
348913
INTERCAMBIO

1-Plano ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/2012	4-Data de Autorização 30/07/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180589	7-Data Vencimento da Guia 28/08/2012
8-Data de Benefício					
9-Número da Carteira 00370000031264436	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	12-Data Vencimento da Carteira / /	13-Número do Centro Nacional de Saúde 704209279780285	
14-Nome LEILIANE HIGUEIREDO DO NASCIME		15-Data 02/12/1982	16-Telefone () - - - - -	17-Nome do titular do plano LEILIANE FIGUEIREDO DO NASCIME	
18-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento					
19-Absolvente a R/R N	20-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		21-Número do CRO 46320	22-UF RJ	23-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
24-Código de Operadora (CNPJ) - F 077514463780		25-Nome do Contratado Exatante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	26-Número do CRO 46320	27-UF RJ	28-Código CBO S
29-Nome do Contratado Exatante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		30-Número do CRO 46320	31-UF RJ	32-Código CBO S	
33-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
34-Item 1-0081000030	35-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	36-Código Regio 1	37-Faixa 47100	38-Faixa/Condição de R\$ 000	39-Data de Realização / /
40-Item 2					
41-Item 3					
42-Item 4					
43-Item 5					
44-Item 6					
45-Item 7					
46-Item 8					
47-Item 9					
48-Item 10					
49-Item 11					
50-Item 12					
51-Item 13					
52-Item 14					
53-Item 15					
54-Item 16					
55-Data Prevista Término do Tratamento 30/07/2012	56-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	57-Tipo de Tratamento 1-1-Ter 2-Parcial	58-Total Quantidade US 47100	59-Valor Total R\$ 000	60-Total Faturado - Condição de R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 este 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
61-Observação					
62-Data, Hora e Assinatura do Contratado Exatante 30/07/2012 Liliane Policante					
63-Data, Hora e Assinatura do Profissional Solicitante 30/07/2012 Liliane Policante					
64-Data, Hora e Assinatura do Beneficiário (ou representante) 30/07/2012 Liliane Policante					
65-Data, Hora e Assinatura da Empresa 30/07/2012 Liliane Policante					

Dra. Liliane Policante
Clínica Dentista
CRO RJ 46320



3-M

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326516
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Cidade de Emissão do Guia 11/06/2012	3-Cidade de Autorização 11/06/2012	4-Tipo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50166977	6-Cidade e Estado de Emissão 11/06/2012
7-Data de Beneficiário					
8-Número da Carteira 00037000000003641158	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Cidade e Estado da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705404418727398	
13-Nome RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS		14-Telefone 13/09/1953	15-Nome do titular do plano RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Beneficiário LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CBO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S	
21-Código de Origem - CNPQ - CBO 07514463780		22-Nome do Contrato e Emissão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número do CBO 46320	24-UF RJ	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Emissor LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número do CBO 46320	28-UF RJ	29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente-Maxilar	35-Foto	36-Quantidade U\$
1-00065200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	710000	0000
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Data Final do Tratamento 11/06/2012		38-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Oclusão 4- Higiene/Estética		39-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	40-Tipo de Tratamento U\$ 710000
41-Valor Total R\$ 0000		42-Valor Total R\$ 0000		43-Valor Total R\$ 0000	
44-Declaro que após ler e devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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.					
45-Assinatura:					
46-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012					
47-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012		48-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012		49-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012	
50-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012		51-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012		52-Declaro, sou o Assinante do Contrato/Operadora Subscritora 11/06/2012	



340

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-01

329350
INTERCÂMBIO

1-Registro Ato 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2016	4-Data de Autenticação 25/11/2016	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número de Guia Próprio 50172318	7-Data Vencimento da Guia 22/11/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número de Cartão 00370000003641174	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data validade do Cartão 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703602035796532	
13-Nome MÁRIA OLÍVIA MOTTA CAMPOS		14-Data de Nascimento 28/03/1952	15-Telefone (11) 11111111	16-Endereço do Paciente RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS	
Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento					
17-Assinatura e rubrica N	18-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	19-Número do CRO 46320	20-Uf RJ	21-Código CBO S 801 -	22-Enviar - RX Faturar Empresa (UF) 85400149-17
23-Código de Contabilidade - CNPJ/CNPJ 07514463780	24-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	25-Número do CRO 46320	26-Uf RJ	27-Código CBO S 801 -	28-Enviar - RX Faturar Empresa (UF) 85400149-17
29-Nome do Profissional Contratado LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Data	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Valor	36-Franquia Co-participação R\$
1	0085400149	CORDA TOTAL METÁLICA	17	725,00	0,00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
37-Data Finalidade do Tratamento					
38-Tipo de Assinatura					
39-Quantidade (R\$)					
40-Valor Total R\$					
41-Tipo Franquia - Co-participação R\$					
42-Valor Total R\$					
43-Valor Total R\$					
44-Valor Total R\$					
45-Valor Total R\$					
46-Valor Total R\$					
47-Valor Total R\$					
48-Valor Total R\$					
49-Valor Total R\$					
50-Valor Total R\$					
51-Valor Total R\$					
52-Valor Total R\$					
53-Valor Total R\$					
54-Valor Total R\$					
55-Valor Total R\$					
56-Valor Total R\$					
57-Valor Total R\$					
58-Valor Total R\$					
59-Valor Total R\$					
60-Valor Total R\$					
61-Valor Total R\$					
62-Valor Total R\$					
63-Valor Total R\$					
64-Valor Total R\$					
65-Valor Total R\$					
66-Valor Total R\$					
67-Valor Total R\$					
68-Valor Total R\$					
69-Valor Total R\$					
70-Valor Total R\$					
71-Valor Total R\$					
72-Valor Total R\$					
73-Valor Total R\$					
74-Valor Total R\$					
75-Valor Total R\$					
76-Valor Total R\$					
77-Valor Total R\$					
78-Valor Total R\$					
79-Valor Total R\$					
80-Valor Total R\$					
81-Valor Total R\$					
82-Valor Total R\$					
83-Valor Total R\$					
84-Valor Total R\$					
85-Valor Total R\$					
86-Valor Total R\$					
87-Valor Total R\$					
88-Valor Total R\$					
89-Valor Total R\$					
90-Valor Total R\$					
91-Valor Total R\$					
92-Valor Total R\$					
93-Valor Total R\$					
94-Valor Total R\$					
95-Valor Total R\$					
96-Valor Total R\$					
97-Valor Total R\$					
98-Valor Total R\$					
99-Valor Total R\$					
100-Valor Total R\$					

Declaro, que este ter sido devidamente indicado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos descritos (a) acima, e por mim assumidos, foram realizados (a) 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.

Paciente assinou no campo reservado.

24/11/2016
24/11/2016
24/11/2016
24/11/2016

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

[illegible]



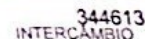
1



Ingresso ANV 406414		3-Data de Emissão do Guia 11/06/2012		4-Data de Autorização 11/06/2012		5-Série AUTORIZADO		6-Número de Livro Principal 50167001		7-Data Validade da Tarifa 11/06/2012		926569 INTERCAMBIO															
8-Número de Carteira 00370000003641174				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 703662035756532													
13-Nome MARIA OLIVIA MOTTA CAMPOS				14-Idade 28/03/1952				15-Nome do Idoso no plano RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS																			
16-Atendimento a RV N														17-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE													
18-Código de Operadora CNPJ / CPM 07514463780				19-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				20-Número do CRO 46320				21-UF RJ				22-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-											
23-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				24-Número do CRO 46320				25-UF RJ				26-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-															
27-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														28-Número do CRO 46320				29-UF RJ				30-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
31-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														32-Número do CRO 46320				33-UF RJ				34-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
35-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														36-Número do CRO 46320				37-UF RJ				38-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
39-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														40-Número do CRO 46320				41-UF RJ				42-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
43-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														44-Número do CRO 46320				45-UF RJ				46-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
47-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														48-Número do CRO 46320				49-UF RJ				50-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
51-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														52-Número do CRO 46320				53-UF RJ				54-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
55-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														56-Número do CRO 46320				57-UF RJ				58-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
59-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														60-Número do CRO 46320				61-UF RJ				62-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
63-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														64-Número do CRO 46320				65-UF RJ				66-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
67-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														68-Número do CRO 46320				69-UF RJ				70-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
71-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														72-Número do CRO 46320				73-UF RJ				74-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
75-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														76-Número do CRO 46320				77-UF RJ				78-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
79-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														80-Número do CRO 46320				81-UF RJ				82-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
83-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														84-Número do CRO 46320				85-UF RJ				86-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
87-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														88-Número do CRO 46320				89-UF RJ				90-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
91-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														92-Número do CRO 46320				93-UF RJ				94-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
95-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														96-Número do CRO 46320				97-UF RJ				98-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
99-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														100-Número do CRO 46320				101-UF RJ				102-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
103-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														104-Número do CRO 46320				105-UF RJ				106-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
107-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														108-Número do CRO 46320				109-UF RJ				110-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
111-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														112-Número do CRO 46320				113-UF RJ				114-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
115-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														116-Número do CRO 46320				117-UF RJ				118-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
119-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														120-Número do CRO 46320				121-UF RJ				122-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
123-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														124-Número do CRO 46320				125-UF RJ				126-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
127-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE														128-Número do CRO 46320				129-UF RJ				130-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
131-Atendimento a Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL V																											



152

Faturar Empresa

Dra. Lillian Policansky
General Dentist
CRJ RJ 45320

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



344660
INTERCAMBIO

1-Argumento ANS 406414		2-Data de Emissão do Documento 23/10/2020		3-Data de Autorização 23/10/2020		4-Será AUTORIZADO		5-Número de Fiscal Privado 50176616		6-Data de Validade da Sessão 23/11/2020		344660 INTERCÂMBIO					
7-Dados do Beneficiário Nº-Número da Carteira 003799940591161100				8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		10-Data de Validade da Carteira / /		11-Número do Contrato Nacional de Saúde 898004523745511							
12-Plano RAQUEL GONCALVES SALDANHA DOS						13-Data de Emissão 07/09/2005		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano MICHEL GONCALVES DOS SANTOS							
16-Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento																	
17-Mencionar a rede N		18-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				19-Número no CBO 46320		20-UF RJ		21-Código CBO S		22-801 - Faturar Empresa					
23-Código de Cobertura - CUP - CM 07514463780		24-Nome do Contratante Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE				25-Número no CBO 46320		26-UF RJ		27-Código CBO S							
28-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE						29-Número no CBO 46320		30-UF RJ		31-Código CBO S							
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
33-Label		34-Código do Procedimento		35-Descrição		36-Código Regido		37-Fase		38-Quantidade US		39-Valor					
1 0 0		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1 2 0 0		0 0 0 0		S / / / / /					
2 0 0		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1 2 0 0		0 0 0 0		S / / / / /					
3 0 0		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAJD		1 2 0 0		0 0 0 0		S / / / / /					
4 0 0		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAJE		1 2 0 0		0 0 0 0		S / / / / /					
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Prevista Término do Tratamento 23/10/2020				44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Diagnóstico 4 - Urgência/Emergência				45-Tipo de Tratamento 1 - Total 2 - Parcial				46-Total Quantidade US 4 8 0 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0 0		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 no contrato. Declino, 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-Declaro:																	
50-Data, local e Assinatura do Contratante/Responsável 23/10/2020 Lilian P. Policante 51-Data, local e Assinatura do Contratado/Responsável 23/10/2020 Michel P. Santos 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/10/2020 Dr. Lilian Policante 53-Data, local e Assinatura do Profissional 23/10/2020 Dr. Lilian Policante																	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



325559
INTERCAMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



333343
INTERCAMBIO

[illegible]



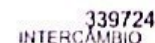
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344601
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 400414	2-Cidade de Emissão da Guia 23/11/2012	3-Cidade de Autorização 23/11/2012	4-Sistema AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 50178582	6-Cidade de Validade da Guia 23/11/2012
Centro do Beneficiário					
8-Numero da Carteira 000379994059115804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Cidade de Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero da Carteira Nacional de Saúde 980016285516516	
13-Nome MICHEL GONCALVES DOS SANTOS		14-Data de Nascimento 16/11/1980	15-Assinatura do titular do plano MICHEL GONCALVES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteração e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Numero no CRO 46320	19-Uf RJ	20-Código CBO B	001 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora (CNPJ/CNP) 07514403780	22-Nome da Contratação Externa LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Numero no CRO 46320	24-Uf RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Locatário LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	27-Numero no CRO 46320	28-Uf RJ	29-Código CBO B		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 00081000030	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Cidade Região	34-Fone	35-Gra
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cidade de Realização	41-Motivo de Causa 42-Assinatura
43-Cidade de Realização	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência	45-Cidade de Realização	46-Tipo de Atendimento 1- Total 2- Parcial	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$
Declaro: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 procedimentos(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), 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.					
Assinaturas					
49-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 23/11/2012 Michel Gonçalves dos Santos	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 23/11/2012 Lilian Pimentel Vieira Policante	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/11/2012 Michel Gonçalves dos Santos	52-Data, local e Assinatura da Empresa 23/11/2012 Unimed Rio	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/11/2012 Unimed Rio	

Dra. Lilian Policante
(11) Cirurgião Dentista
CRO RJ 46320

29



Região: A0406414		Data de Emissão do Documento: 15/07/2012		Data de Autorização: 15/07/2012		Nome: AUTORIZADO		Número de Guia Principal: 50176747		Data de Vencimento da Guia: 13/10/2012		339724 INTERCAMBIO	
Nome do Paciente: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA		Data de Nascimento: 03/07/1954		Profissão: POS REDE PRESTADORA		Endereço: LENITA THEREZINHA		Cidade: LENITA THEREZINHA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	
Nome do Profissional Responsável: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima, 123 - Centro - Niterói - RJ		Telefone: (21) 1234 5678		E-mail: contato@posrede.com.br		Data de Cadastro: 15/07/2012		Data de Atualização: 15/07/2012		Data de Validade: 15/07/2012		Data de Exatidão: 15/07/2012	

Nome do Paciente: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		Data de Nascimento: 15/07/1980		Profissão: FISIOTERAPEUTA		Endereço: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		Cidade: LILIAN PIMENTEL VIEIRA		UF: RJ		Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202	
Endereço do Consultório: Rua de Fátima,													



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2 AF

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Bornes AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176750	7-Data Vencimento da Guia 13/10/2012	339742 INTERCÂMBIO
8-Identificação do Beneficiário 9-Número da Carteira 00037000000314803384		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa LENITA THEREZINHA	12-Data validade da Carteira 11/11/11	13-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008472086202	
14-Nome LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA		15-Data de Nascimento 16/12/1954	16-Telefone () - - - - -	17-Endereço do titular do plano LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA		
18-Atendimento a RV N		19-Assinatura do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	20-Número no CNO 46320	21-UF RJ	22-Código CBO 9 801 -	23-Faturar Empresa
24-Código da Ocorrência - CNO - CBO 07514463780		25-Nome do Contratado Específico LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	26-Número no CNO 46320	27-UF RJ	28-Código CBO 9	
29-Nome do Profissional Especialista LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE						
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado						
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Valor
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	9,0000
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
38-Data Prevista Término do Tratamento 15/10/2012		39-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		40-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	41-Taxa Quilidade US 9,0000	42-Valor Total R\$ 0,00
43-Total Franqueia / Descontos em R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 procedimentos realizados acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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.						
44-Assinatura do Paciente						
45-Data, local e Assinatura do Contratado Específico 15/10/2012 Lilian Pimentel Policante						
46-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 15/10/2012 Lilian Pimentel Policante						
47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012 Lenita Therezinha Engelke Luca						
48-Data, local e Cartão da Empresa 15/10/2012 Lenita Therezinha Engelke Luca CNO RJ 46320						



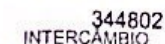
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339775
INTERCÂMBIO

1-Identificação ANS 406414	2-Carte de Emenda de Guia 15/10/2012	3-Carte de Autorização 15/10/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 50176773	6-Carte Validade de Série 13/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0003700000031480384		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LENITA THEREZINHA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008472086202
13-Nome LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA		14-Data de Nascimento 16/12/1954		15-Endereço do titular do plano LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Identificação e RG N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora (CNPJ) CNP 0715114463780		22-Nome do Contratado Encarregado LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		23-Número do CRO 46320	24-UF RJ
25-Nome do Profissional (Solicitante) LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		26-Número do CRO 46320		27-UF RJ	28-Código CBO S
Plano de Tratamento - Procedimentos, Solicitações					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Data
1	00085100198	RESTAURAÇÃO RESINA	31	M	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Faixa Concentração US					
39-Aut					
40-Carte de Residência					
41-Endereço de Origem do Atendimento					
42-Data Final do Tratamento 15/07/2012					
43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Giostoma 4-Ortopedia Maxilofacial					
44-Tipo de Tratamento 1-Tota 2-Parcial					
45-Taxa Consultoria US 9000					
46-Valor Total US 0000					
47-Taxa Final US					
48-Taxa Final Consultoria US					
Declaro, que após ter lido atentamente e entendido sobre os procedimentos, 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 procedimentos(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observações					
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 15/07/2012 Lilian P. Policante					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 15/07/2012 Lilian P. Policante					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/2012 Lenita Therezinha Engelke Luca					
53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/07/2012					

339794
INTERCAMBIO

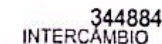
[illegible]



Dra. Lilian Policante
 **Gruppi Dentista**
 CRO RJ 46320



240



Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

334815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2017	4-Data de Autorização 06/11/2017	5-Nome AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174644	7-Data Validade da Guia 06/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00379994060762842	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 708202651971640	
13-Nome JOAO MARCOS PESSOA TESTO		14-Telefone () / /	15-Nome do Buro de Plano JOAO MARCOS PESSOA TESTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acordamento e AN N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora (CNPJ) CFE 0751463780		22-Nome do Contratado e Assinatura LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número do CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CHE S
26-Nome do Profissional Responsável LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número do CRO 46320	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Fluxo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Orelha 42-Audição
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				4700					
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/11/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Tela 2-Parcela	46-Tota Quantidade US 4700	47-Vale Total R\$ 0,00	48-Tota Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	-------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), 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 Contratado Responsável 06/11/2017 Lilian P. Policante	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 06/11/2017 Lilian P. Policante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2017 Dra. Lilian Policante CRO RJ 46320
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-40

348172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/9/10 07/12/01	3-Data de Autorização 12/9/10 07/12/01	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50180260	6-Data Vencimento da Série 12/7/11 01/12/01	
8-Número de Latture 0103799940618245158		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data de Emissão da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703408256276717	
13-Nome DOUGLAS MEDEIROS DE JESUS		14-Telefone 08/10/1996	15-Nome do titular do plano DOUGLAS MEDEIROS DE JESUS			
16-Ancoramento a AN N		17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CRO 46320	19-UF RJ	
21-Código de Operadora - CNPJ / CNP 07514463780		22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		23-Número do CRO 46320	24-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número do CRO 46320		28-UF RJ	29-Código CBU 3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentaltagado	34-Faixa	35-Crit	
1	01018110000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	471000	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Prevista Término do Tratamento 29/07/10		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Paciente 1-Total 2-Parcial		
46-Valor Total R\$ 47,00		47-Valor Total R\$ 47,00		48-Valor Total R\$ 47,00		
Declaro, que aqui me dedico totalmente e exclusivamente sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este Documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observações						
50-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 12/9/10 20.11.10 20.11.10 20.11.10						51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 12/9/10 20.11.10 20.11.10 20.11.10
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/10 20.11.10 20.11.10 20.11.10						53-Data, local e Assinatura do Profissional 12/9/10 20.11.10 20.11.10 20.11.10
54-Data, local e Assinatura do Profissional 12/9/10 20.11.10 20.11.10 20.11.10						55-Data, local e Assinatura do Profissional 12/9/10 20.11.10 20.11.10 20.11.10

[illegible]

OdontLife
Tecnologia em Odontologia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



344

344053
INTERCAMBIO

1-Logotipo ANO 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/12/10 17/12/10	3-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10	4-Estado AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 50178385	6-Data de Validade da Guia 12/12/10 17/12/10
8-Numero da Carteira 00031700000024008755		9-Estado POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data de Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 709005839642914
13-Nome FABIANO DE OLIVEIRA		14-Telefone 13/07/1979	15-Data de Nascimento () () () () () ()	16-Endereço do Usuário do Plano FABIANO DE OLIVEIRA	
17-Identificação do Paciente pelo Tratamento					
18-Identificação do Paciente N	19-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		20-Numero do CAD 46320	21-Uf RJ	22-Código CBO S A01 - Faturar Empresa
23-Código de Operadora (CNPJ / CNPJ) 07514463780	24-Nome do Contratado Exatidão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		25-Numero do CAD 46320	26-Uf RJ	27-Código CBO S
28-Nome do Profissional Exatidão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE			29-Numero do CAD 46320	30-Uf RJ	31-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Item	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Código Regula	36-Faixa	37-Quantidade
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
38-Data de Validade da Guia de Tratamento 12/12/10 17/12/10					
39-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10		40-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10		41-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10	
42-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
43-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
44-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
45-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
46-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
47-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
48-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
49-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
50-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
51-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
52-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
53-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
54-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
55-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
56-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
57-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
58-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
59-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
60-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
61-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
62-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
63-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
64-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
65-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
66-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
67-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
68-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
69-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
70-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
71-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
72-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
73-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
74-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
75-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
76-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
77-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
78-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
79-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
80-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
81-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
82-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
83-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
84-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
85-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
86-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
87-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
88-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
89-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
90-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
91-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
92-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
93-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
94-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
95-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
96-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
97-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
98-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
99-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					
100-Data de Autenticação 12/12/10 17/12/10					



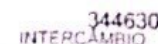
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344609
INTERCAMBIO

1-Registro Ato 406414	3-Dia de Emissão de Guia (2)3(1)0(7)1(2)0	4-Dia de Autorização (2)3(1)0(7)1(2)0	5-Tipo AUTORIZADO	6-Número de Guia Original 50178586	7-Dia Validade de Guia (2)1(1)1(0)1(2)0
8-Número de Cartão (0)0(3)7(9)9(4)0(5)9(1)1(6)0(3)7		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Dia Validade de Cartão ()/()/()	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004523744647
13-Nome DANIEL GONCALVES SALDANHA DOS		14-Termino 04/03/2009	15-Nome do Usuar do plano MICHEL GONCALVES DOS SANTOS		
16-Atendimento à RPA N					
17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE					
18-Número no CRO 46320		19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		
21-Código na Utilização / CNPJ / CNP (0)7(5)1(4)4(6)3(7)8(0)		22-Nome do Contratado / Beneficiário LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		23-Número no CRO 46320	24-UF RJ
25-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		26-UF RJ		27-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
28-Nome do Profissional e Locatário LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE					
29-Número no CRO 46320					
30-UF RJ					
31-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
32-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
33-Termino 1	34-Código de Procedimento (0)0(8)1(0)0(0)3(0)	35-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	36-Cancelamento 1	37-Quantidade UB (4)7(0)0	38-Valor (0)0(0)0
39-Franquia/Co-participação R\$ S	40-Dia de Realização ()/()/()	41-Motivo da Omissão ()/()/()	42-Assinatura (assinatura)		
43-Dia de Realização (2)3(1)0(7)1(2)0					
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 UB (4)7(0)0					
47-Valor Total R\$ (0)0(0)0					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ ()/()/()					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, é (s) por mim assumido(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.					
Observação: ()					
49-Dia, local e Assinatura do Contratado / Beneficiário (2)3(1)0(7)1(2)0 Lilian Pimentel Vieira Policante		50-Dia, local e Assinatura do Profissional Solicitante (2)3(1)0(7)1(2)0 Lilian Pimentel Vieira Policante		51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (2)3(1)0(7)1(2)0 (assinatura)	
52-Dia, local e Assinatura da Empresa (2)3(1)0(7)1(2)0 (assinatura)		53-Dia, local e Assinatura da Empresa (2)3(1)0(7)1(2)0 (assinatura)			



1

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339835
INTERCÂMBIO

1-Identificação ANS 406414	2-Código de Produto de Guia 15107120	3-Data de Autenticação 15107120	4-Nome AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 1707715	6-Código de Produto de Guia 13107120
Dados do Beneficiário					
7-Número de Cartão 00202530743600000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Cidade, Estado e País RJ	11-Número de Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR					
13-Data de Nascimento 13/11/1967					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR					
Dados de Contribuinte Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CRO B 025	Faturar Empresa
21-Código de Operadora - CNO - CRO 07514463780	22-Nome do Contratado Exatidão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CRO B	
26-Nome do Profissional Exatidão LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	27-Número no CRO 46320	28-UF RJ	29-Código CRO B		
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Faixa	35-Qtd
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	4700	0000
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Previsão de Contribuição R\$					
37-Valor Total R\$					
38-Valor Total R\$					
39-Valor Total R\$					
40-Valor Total R\$					
41-Valor Total R\$					
42-Valor Total R\$					
43-Valor Total R\$					
44-Valor Total R\$					
45-Valor Total R\$					
46-Valor Total R\$					
47-Valor Total R\$					
48-Valor Total R\$					
49-Valor Total R\$					
50-Valor Total R\$					
51-Valor Total R\$					
52-Valor Total R\$					
53-Valor Total R\$					
54-Valor Total R\$					
55-Valor Total R\$					
56-Valor Total R\$					
57-Valor Total R\$					
58-Valor Total R\$					
59-Valor Total R\$					
60-Valor Total R\$					
61-Valor Total R\$					
62-Valor Total R\$					
63-Valor Total R\$					
64-Valor Total R\$					
65-Valor Total R\$					
66-Valor Total R\$					
67-Valor Total R\$					
68-Valor Total R\$					
69-Valor Total R\$					
70-Valor Total R\$					
71-Valor Total R\$					
72-Valor Total R\$					
73-Valor Total R\$					
74-Valor Total R\$					
75-Valor Total R\$					
76-Valor Total R\$					
77-Valor Total R\$					
78-Valor Total R\$					
79-Valor Total R\$					
80-Valor Total R\$					
81-Valor Total R\$					
82-Valor Total R\$					
83-Valor Total R\$					
84-Valor Total R\$					
85-Valor Total R\$					
86-Valor Total R\$					
87-Valor Total R\$					
88-Valor Total R\$					
89-Valor Total R\$					
90-Valor Total R\$					
91-Valor Total R\$					
92-Valor Total R\$					
93-Valor Total R\$					
94-Valor Total R\$					
95-Valor Total R\$					
96-Valor Total R\$					
97-Valor Total R\$					
98-Valor Total R\$					
99-Valor Total R\$					
100-Valor Total 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 obrigações do profissional assistente e acatar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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.

69-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante
15/10/2016 Lilian P. Policante

51-Data, local e Assinatura do Contratado Defensor
15/10/2016 Lilian P. Policante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/10/2016 Assis Pereira Lopes Junior

53-Data, local e Assinatura da Empresa
15/10/2016 DENTAL UNI

54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
15/10/2016 Lilian P. Policante

55-Data, local e Assinatura do Profissional Defensor
15/10/2016 Lilian P. Policante

56-Data, local e Assinatura do Profissional Beneficiário / Responsável
15/10/2016 Assis Pereira Lopes Junior

57-Data, local e Assinatura da Empresa
15/10/2016 DENTAL UNI



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

210

343427
INTERCÂMBIO

1 Número ANS 406414	3 Data de Emissão da Guia 21/12/2017	4 Data de Autorização 21/12/2017	5 Status AUTORIZADO	6 Número da Guia Odontol 7724192	7 Data validade da Guia 21/12/2017
Dados do Beneficiário					
8 Número da Carteira 010202530743600000101	9 Plano POS REDE PRESTADORA	10 Fornecedor DENTAL UNI COOPERATIVA	11 Data Validade da Carteira 11/11/11	12 Assinatura do Beneficiário ou do Responsável ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR	
13 Nome ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR					
14 Data de Nascimento 13/11/1967					
15 Assinatura do Beneficiário ou do Responsável ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16 Assinatura e Rubrica N	17 Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18 Número do CBO 46320	19 UF RJ	20 Codigo CBO S 025 - Faturar Empresa	
21 Código de Operadora - CNPJ/CNPJ 0753463780	22 Nome do Contratado Fornecedor LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23 Número do CBO 46320	24 UF RJ	25 Codigo CBO S	
26 Nome do Profissional Fornecedor LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	27 Número do CBO 46320	28 UF RJ	29 Codigo CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Realizados					
30 Data 01/08/2017	31 Código do Procedimento 010196	32 Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33 Dente-Região 36	34 Fluxo 0	35 Qtd 1
36 Quantidade US 0100	37 Valor 0100	38 Franquia/Condiçãoção R\$ 0100	39 Aut 0100	40 Data de Realização 01/08/2017	41 Motivo da Oclusão 42 Assinatura F. H.
43 Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Odontologia 4 - Urgência/Emergência					
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 Operadora US 0100					
47 Valor Total R\$ 0100					
48 Total Franquia / Condiçãoção R\$ 0100					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitar e autorizar 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, é (s) por mim assinado(s), tendo sido 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 Assinatura do Responsável pelo Tratamento Lilian Pimentel Vieira Policante					
51 Data, local e Assinatura do Contratado Fornecedor Lilian Pimentel Vieira Policante					
52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Lilian Pimentel Vieira Policante					
53 Data, local e Assinatura do Profissional Lilian Pimentel Vieira Policante					
54 Data, local e Assinatura do Profissional Lilian Pimentel Vieira Policante					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

343418
INTERCAMBIO

1-Registro ANO 406414	2-Cidade de Emissão da Guia 22/2/07/07/12/07	3-Data de Autorização 23/3/07/07/12/07	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7726980	6-Cidade indicadora da Guia 22/07/12/07/12/07
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202530743600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Cidade indicadora da Carteira ____/____/____
12-Nome ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR		13-Data de Nascimento 13/11/1967		14-Telefone (____) _____	
15-Nome do titular do plano ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atividade e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		18-Número do CBO 46320	19-UF RJ
20-Código de Cidades - CNPJ - CN 075144637801		21-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		22-Número do CBO 46320	23-UF RJ
24-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		25-Número do CBO 46320		26-UF RJ	27-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-001851001918	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	32-Descrição	33-Quantidade 37	34-Faixa 0	35-Classe 1
36-Quantidade US 90000	37-Valor 0000	38-Faixa Orçamentária R\$ S	39-Valor 0000	40-Cidade de Realização ____/____/____	41-Data de Realização ____/____/____
42-Valor Total R\$ 0000					
43-Valor Total US 90000					
44-Valor Total R\$ 0000					
45-Valor Total US 90000					
46-Valor Total R\$ 0000					
47-Valor Total US 90000					
48-Valor Total R\$ 0000					
49-Valor Total US 90000					
50-Valor Total R\$ 0000					
51-Valor Total US 90000					
52-Valor Total R\$ 0000					
53-Valor Total US 90000					
54-Valor Total R\$ 0000					
55-Valor Total US 90000					
56-Valor Total R\$ 0000					
57-Valor Total US 90000					
58-Valor Total R\$ 0000					
59-Valor Total US 90000					
60-Valor Total R\$ 0000					
61-Valor Total US 90000					
62-Valor Total R\$ 0000					
63-Valor Total US 90000					
64-Valor Total R\$ 0000					
65-Valor Total US 90000					
66-Valor Total R\$ 0000					
67-Valor Total US 90000					
68-Valor Total R\$ 0000					
69-Valor Total US 90000					
70-Valor Total R\$ 0000					
71-Valor Total US 90000					
72-Valor Total R\$ 0000					
73-Valor Total US 90000					
74-Valor Total R\$ 0000					
75-Valor Total US 90000					
76-Valor Total R\$ 0000					
77-Valor Total US 90000					
78-Valor Total R\$ 0000					
79-Valor Total US 90000					
80-Valor Total R\$ 0000					
81-Valor Total US 90000					
82-Valor Total R\$ 0000					
83-Valor Total US 90000					
84-Valor Total R\$ 0000					
85-Valor Total US 90000					
86-Valor Total R\$ 0000					
87-Valor Total US 90000					
88-Valor Total R\$ 0000					
89-Valor Total US 90000					
90-Valor Total R\$ 0000					
91-Valor Total US 90000					
92-Valor Total R\$ 0000					
93-Valor Total US 90000					
94-Valor Total R\$ 0000					
95-Valor Total US 90000					
96-Valor Total R\$ 0000					
97-Valor Total US 90000					
98-Valor Total R\$ 0000					
99-Valor Total US 90000					
100-Valor Total R\$ 0000					

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 estar 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

50-Cidade, local e Assinatura do Contratado Solicitante 23/07/12Cidade: Fátima P. Policante	51-Cidade, local e Assinatura do Contratado Executante 23/07/12Cidade: Fátima P. Policante	52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/12Cidade: Fátima P. Policante	53-Cidade, local e Assinatura da Empresa 23/07/12Cidade: Fátima P. Policante	54-Cidade, local e Assinatura do Profissional 23/07/12Cidade: Fátima P. Policante
--	---	--	---	--

Dr. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333195
INTERCÂMBIO

1-Número ANS 406414	2-Data de Emissão no Guia 02/10/2017	3-Data de Autorização 02/10/2017	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Original 50174022	6-Data Inicial da Terceira 13/09/2019
7-Data Inicial da Terceira 13/09/2019					
8-Número da Carteira 0103701000017300005					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A					
11-Data Inicial da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700601401530965					
13-Nome CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI					
14-Telefone 20/09/1973					
15-Telefone (11) 11111111					
16-Telefone CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI					
17-Data de Nascimento 20/09/1973					
18-Data de Nascimento 20/09/1973					
19-Data de Nascimento 20/09/1973					
20-Data de Nascimento 20/09/1973					
21-Data de Nascimento 20/09/1973					
22-Data de Nascimento 20/09/1973					
23-Data de Nascimento 20/09/1973					
24-Data de Nascimento 20/09/1973					
25-Data de Nascimento 20/09/1973					
26-Data de Nascimento 20/09/1973					
27-Data de Nascimento 20/09/1973					
28-Data de Nascimento 20/09/1973					
29-Data de Nascimento 20/09/1973					
30-Data de Nascimento 20/09/1973					
31-Data de Nascimento 20/09/1973					
32-Data de Nascimento 20/09/1973					
33-Data de Nascimento 20/09/1973					
34-Data de Nascimento 20/09/1973					
35-Data de Nascimento 20/09/1973					
36-Data de Nascimento 20/09/1973					
37-Data de Nascimento 20/09/1973					
38-Data de Nascimento 20/09/1973					
39-Data de Nascimento 20/09/1973					
40-Data de Nascimento 20/09/1973					
41-Data de Nascimento 20/09/1973					
42-Data de Nascimento 20/09/1973					
43-Data de Nascimento 20/09/1973					
44-Data de Nascimento 20/09/1973					
45-Data de Nascimento 20/09/1973					
46-Data de Nascimento 20/09/1973					
47-Data de Nascimento 20/09/1973					
48-Data de Nascimento 20/09/1973					
49-Data de Nascimento 20/09/1973					
50-Data de Nascimento 20/09/1973					
51-Data de Nascimento 20/09/1973					
52-Data de Nascimento 20/09/1973					
53-Data de Nascimento 20/09/1973					
54-Data de Nascimento 20/09/1973					
55-Data de Nascimento 20/09/1973					
56-Data de Nascimento 20/09/1973					
57-Data de Nascimento 20/09/1973					
58-Data de Nascimento 20/09/1973					
59-Data de Nascimento 20/09/1973					
60-Data de Nascimento 20/09/1973					
61-Data de Nascimento 20/09/1973					
62-Data de Nascimento 20/09/1973					
63-Data de Nascimento 20/09/1973					
64-Data de Nascimento 20/09/1973					
65-Data de Nascimento 20/09/1973					
66-Data de Nascimento 20/09/1973					
67-Data de Nascimento 20/09/1973					
68-Data de Nascimento 20/09/1973					
69-Data de Nascimento 20/09/1973					
70-Data de Nascimento 20/09/1973					
71-Data de Nascimento 20/09/1973					
72-Data de Nascimento 20/09/1973					
73-Data de Nascimento 20/09/1973					
74-Data de Nascimento 20/09/1973					
75-Data de Nascimento 20/09/1973					
76-Data de Nascimento 20/09/1973					
77-Data de Nascimento 20/09/1973					
78-Data de Nascimento 20/09/1973					
79-Data de Nascimento 20/09/1973					
80-Data de Nascimento 20/09/1973					
81-Data de Nascimento 20/09/1973					
82-Data de Nascimento 20/09/1973					
83-Data de Nascimento 20/09/1973					
84-Data de Nascimento 20/09/1973					
85-Data de Nascimento 20/09/1973					
86-Data de Nascimento 20/09/1973					
87-Data de Nascimento 20/09/1973					
88-Data de Nascimento 20/09/1973					
89-Data de Nascimento 20/09/1973					
90-Data de Nascimento 20/09/1973					
91-Data de Nascimento 20/09/1973					
92-Data de Nascimento 20/09/1973					
93-Data de Nascimento 20/09/1973					
94-Data de Nascimento 20/09/1973					
95-Data de Nascimento 20/09/1973					
96-Data de Nascimento 20/09/1973					
97-Data de Nascimento 20/09/1973					
98-Data de Nascimento 20/09/1973					
99-Data de Nascimento 20/09/1973					
100-Data de Nascimento 20/09/1973					

Declaro, que após ler e compreender devidamente o conteúdo deste documento, declaro 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 o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data de Nascimento
20/09/1973

44-Data de Nascimento
20/09/1973

45-Data de Nascimento
20/09/1973

46-Data de Nascimento
20/09/1973

47-Data de Nascimento
20/09/1973

48-Data de Nascimento
20/09/1973

49-Data de Nascimento
20/09/1973

50-Data de Nascimento
20/09/1973

51-Data de Nascimento
20/09/1973

52-Data de Nascimento
20/09/1973

53-Data de Nascimento
20/09/1973

54-Data de Nascimento
20/09/1973

55-Data de Nascimento
20/09/1973

56-Data de Nascimento
20/09/1973

57-Data de Nascimento
20/09/1973

58-Data de Nascimento
20/09/1973

59-Data de Nascimento
20/09/1973

60-Data de Nascimento
20/09/1973

61-Data de Nascimento
20/09/1973

62-Data de Nascimento
20/09/1973

63-Data de Nascimento
20/09/1973

64-Data de Nascimento
20/09/1973

65-Data de Nascimento
20/09/1973

66-Data de Nascimento
20/09/1973

67-Data de Nascimento
20/09/1973

68-Data de Nascimento
20/09/1973

69-Data de Nascimento
20/09/1973

70-Data de Nascimento
20/09/1973

71-Data de Nascimento
20/09/1973

72-Data de Nascimento
20/09/1973

73-Data de Nascimento
20/09/1973

74-Data de Nascimento
20/09/1973

75-Data de Nascimento
20/09/1973

76-Data de Nascimento
20/09/1973

77-Data de Nascimento
20/09/1973

78-Data de Nascimento
20/09/1973

79-Data de Nascimento
20/09/1973

80-Data de Nascimento
20/09/1973

81-Data de Nascimento
20/09/1973

82-Data de Nascimento
20/09/1973

83-Data de Nascimento
20/09/1973

84-Data de Nascimento
20/09/1973

85-Data de Nascimento
20/09/1973

86-Data de Nascimento
20/09/1973

87-Data de Nascimento
20/09/1973

88-Data de Nascimento
20/09/1973

89-Data de Nascimento
20/09/1973

90-Data de Nascimento
20/09/1973

91-Data de Nascimento
20/09/1973

92-Data de Nascimento
20/09/1973

93-Data de Nascimento
20/09/1973

94-Data de Nascimento
20/09/1973

95-Data de Nascimento
20/09/1973

96-Data de Nascimento
20/09/1973

97-Data de Nascimento
20/09/1973

98-Data de Nascimento
20/09/1973

99-Data de Nascimento
20/09/1973

100-Data de Nascimento
20/09/1973

Dra. Lilian Polican
 **Ortopia Dentária**
 CRO RJ 46370