

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 18117/RJ

Cirurgião Dentista: (16156) - FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
325513 - I	RONALDO GUIMARAES MOREIRA (00370000026801933)		17/06/2020	122	0.3	R\$ 36,60
330920 - I	RONALDO GUIMARAES MOREIRA (00370000026801933)		27/06/2020	88	0.3	R\$ 26,40
330923 - I	LAERCIO BRANTH BRITO (00370000016021668)		27/06/2020	178	0.3	R\$ 53,40
331829 - I	MICHELLE PINHEIRO BRANTH BRITO (00379994061059428)		30/06/2020	108	0.3	R\$ 32,40
331840 - I	CARLOS ALBERTO MARQUES SOARES (00370000027537792)		30/06/2020	122	0.3	R\$ 36,60
332078 - I	RITA DE COSTA PEREIRA (00379994063094727)		01/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40
333127 - I	JOSETE SOARES MEDEIROS (00370000031913078)		02/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40
338862 - I	LUCIA MARIA GOMES FREITAS DOS (00370000015000020)		14/07/2020	122	0.3	R\$ 36,60
339433 - I	MAURICIO CORREIA SANT ANA (00370000020263093)		15/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40
339437 - I	MAURICIO CORREIA SANT ANA (00370000020263093)		15/07/2020	149	0.3	R\$ 44,70
339570 - I	JOANA TONASSI VIEIRA (00379994062106896)		15/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
339927 - I	RAQUEL DE REZENDE TONASSI (00379994062106888)		15/07/2020	239	0.3	R\$ 71,70
342723 - I	PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS (00379994062733912)		21/07/2020	88	0.3	R\$ 26,40
347706 - I	JOANA TONASSI VIEIRA (00379994062106896)		29/07/2020	61	0.3	R\$ 18,30
347865 - I	THAYS ANNUCARO OLIVEIRA MENDES (00379994063026446)		29/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 2163
N° de atendimentos: 15
Valor: R\$ 648,90

Totalizador

N° de USOs: 2163
N° de atendimentos: 15
Valor: R\$ 648,90

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

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

Data e Hora de Emissão: 30/07/2020 12:05

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



325513

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166627	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 6 8 0 1 9 3 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706209052036065
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome RONALDO GUIMARAES MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RONALDO GUIMARAES MOREIRA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 0 9 6 1 9 2 7 5 5	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES -
--	---	---------------------------	-------------	---------------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	22/06/20		
2	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	22/06/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 2 , 0 0	47-Valor Total R\$ 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330920

INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/06/20	4-Data de Autorização 12/7/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172962	7-Data Validade da Senha 12/5/09/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000026801933	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706209052036065
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome RONALDO GUIMARAES MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RONALDO GUIMARAES MOREIRA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S S01 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MV	1	88,00	0,00		S	30/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330923

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/7/06/20	4-Data de Autorização 2/9/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172963	7-Data Validade da Senha 2/5/09/20
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700000016021668	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CHEEEEEE DESIGN E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705603432894619
--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LAERCIO BRANTH BRITO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LAERCIO BRANTH BRITO
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Flavia Maia da Cunha Vieira
Cirurgião-Dentista
CRO 18117 (RJ)



331829

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/20	4-Data de Autorização 02/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173444	7-Data Validade da Senha 28/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061059428	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CHEEESE DESIGN E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705009458531956
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome
MICHELLE PINHEIRO BRANTH BRITO

15/09/1981

14-Telefone
() -15-Nome do titular do plano
LAERCIO BRANTH BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA18-Número no CRO
1811719-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0009619275522-Nome do Contratado Executante
FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA23-Número no CRO
1811724-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA27-Número no CRO
1811728-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
08/07/20

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

108,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Flavia Maia da Cunha Vieira
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 18117

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



331840

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173446	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 7 5 3 7 7 9 2	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 708403730671266
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CARLOS ALBERTO MARQUES SOARES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO MARQUES SOARES
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 0 9 6 1 9 2 7 5 5	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	14/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 2 , 0 0	47-Valor Total R\$ 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s), com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgia-Dentista CRO 18117	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



332078
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 01/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173536	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063094727	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
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RITA DE COSTA PEREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RITA DE COSTA PEREIRA
----------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S	

801 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	14/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Flavia Maia da Cunha Vieira
Cirurgiã-Dentista
CRO 18117 (RJ)

Flavia Maia da Cunha Vieira
Cirurgiã-Dentista
CRO 18117 (RJ)

14/07/20



333127
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização 02/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173993	7-Data Válida da Senha 30/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702302138061912
-----------------------	--	--------------------------------	---	-----------------------------------	--

13-Nome JOSETE SOARES MEDEIROS	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 13/01/1948	16-Nome do titular do plano JOSETE SOARES MEDEIROS
-----------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA		27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S

SGT -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 14/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176333	7-Data Validade da Senha 12/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		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 701005875285292
8-Número da Carteira 00370000015000020		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUCIA MARIA GOMES FREITAS DOS	

13-Nome
LUCIA MARIA GOMES FREITAS DOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA
--	---

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1-0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			14/07/20		
2-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	LI	1	88,00	0,00			14/07/20		
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, foram assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os 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 14/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339433

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176614	7-Data Validade da Senha 13/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000020263093	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 700104964577817
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MAURICIO CORREIA SANT ANA	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano MAURICIO CORREIA SANT ANA
--------------------------------------	------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

801 -
Faturar Empresa

25-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/07/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/07/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 RJ	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--



339437
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176616	7-Data Validade da Senha 13/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000020263093	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 700104964577817
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MAURICIO CORREIA SANT ANA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAURICIO CORREIA SANT ANA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES 85100200
--	---	---------------------------	-------------	----------------------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MO	1	88,00	0,00		S	23/07/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	23/07/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



339570

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176670	7-Data Validade da Senha 13/10/20
---------------------------------	--	--	------------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062106896	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRO FORMA CONSTRUC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701205045862015
--	---------------------------------------	---	---	---

13-Nome JOANA TONASSI VIEIRA	14-Telefone 18/04/2008	15-Nome do titular do plano RAQUEL DE REZENDE TONASSI
--	----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA		27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/07/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os custos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20 <i>Flavia Maia da Cunha Vieira</i> Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20 <i>Flavia Maia da Cunha Vieira</i> Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/07/20 <i>Flavia Maia da Cunha Vieira</i> Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20
--	--	--	--



339927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização 16/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176847	7-Data Validade da Senha 13/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062106888	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRO FORMA CONSTRUC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702307106746418
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome RAQUEL DE REZENDE TONASSI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAQUEL DE REZENDE TONASSI
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA		27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		
2-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	23/07/20		
3-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/07/20		
4-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/07/20		
5-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/07/20		
6-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/07/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 239,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



342723

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/20	4-Data de Autorização 21/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177876	7-Data Validade da Senha 19/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062733912	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 704607657117925
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	21/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/07/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/20 Paulo Cesar Nunes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



347706

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179880	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062106896	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRO FORMA CONSTRUC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701205045862015
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JOANA TONASSI VIEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAQUEL DE REZENDE TONASSI
---------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	29/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgiã-Dentista CRO 18117 RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgiã-Dentista CRO 18117 RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 30/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179953	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063026446	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 700004633139600
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome THAYS ANNUCARO OLIVEIRA MENDES	14-Telefone () -	15-Data de nascimento 15/09/1990	16-Nome do titular do plano THAYS ANNUCARO OLIVEIRA MENDES
---	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/20 Thays Annucaro Oliveira Mendes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--