

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 31121/RJ

Cirurgião Dentista: (16122) - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA		Não Paga	Dt. Gula	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
Gula	Nome					
389512 - I	ADRIANA AUGUSTO CARDOSO LIBERATO (00371118003328004)		05/10/2020	180	0.3	R\$ 54,00
389579 - I	ALESSANDRA GAUDARD ANCHIETA DO (00370000012828010)		05/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
394360 - I	ALESSANDRA GAUDARD ANCHIETA DO (00370000012828010)		13/10/2020	348	0.3	R\$ 104,40
395741 - I	ANDRE AMERICO DA SILVA FREITAS (00370000032152011)		14/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
370158 - I	ANTONIO TEIXEIRA RIBEIRO (00379994065276423)		04/09/2020	47	0.3	R\$ 14,10
370170 - I	ANTONIO TEIXEIRA RIBEIRO (00379994065276423)		04/09/2020	300	0.3	R\$ 90,00
388362 - I	ATAIS CUNHA PIMENTEL (00379994065438300)		02/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
396505 - I	BRUNO DOS SANTOS COZENDEY NEVE (00370212000217602)		15/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
386659 - I	BRUNO GALIZA RIBEIRO (00379994065464904)		30/09/2020	226	0.3	R\$ 67,80
393108 - I	BRUNO GALIZA RIBEIRO (00379994065464904)		08/10/2020	300	0.3	R\$ 90,00
402873 - I	CARLA ALEXANDRA DE SANTANA SAN (00379994062504018)		22/10/2020	323	0.3	R\$ 96,90
402189 - I	CRISTAL RODRIGUES DO NASCIMENT (00379994064558085)		22/10/2020	113	0.3	R\$ 33,90
371389 - I	DANIELA FELINTRO DA SILVA (00370000018026705)		08/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
374577 - I	DAVI DE OLIVERIA SILVA (00370000016523710)		14/09/2020	383	0.3	R\$ 114,90
372087 - I	DAYANE ALVES DE OLIVEIRA (00370000021524389)		09/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
372123 - I	DAYANE ALVES DE OLIVEIRA (00370000021524389)		09/09/2020	300	0.3	R\$ 90,00
381644 - I	DIEGO DA COSTA DE ALMEIDA REIS (00379994062830560)		23/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
381648 - I	DIEGO DA COSTA DE ALMEIDA REIS (00379994062830560)		23/09/2020	270	0.3	R\$ 81,00
385500 - I	EDUARDA AUGUSTO LIBERATO (00371118003328306)		29/09/2020	125	0.3	R\$ 37,50
350774 - I	EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO (00370000032577624)		04/08/2020	293	0.3	R\$ 87,90
367068 - I	EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO (00370000032577624)		31/08/2020	334	0.3	R\$ 100,20
385400 - I	ELAINE CRISTINA DA SILVA (00379994065446647)		29/09/2020	300	0.3	R\$ 90,00
387427 - I	ELAINE CRISTINA DA SILVA (00379994065446647)		01/10/2020	47	0.3	R\$ 14,10
401055 - I	FATIMA GAGO RIBEIRO JORGE (00370000017446034)		21/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
403566 - I	FATIMA GAGO RIBEIRO JORGE (00370000017446034)		23/10/2020	203	0.3	R\$ 60,90
374687 - I	FERNANDA DE HEREDIA FIGUEIREDO (00379994065445438)		14/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
365345 - I	HIGOR CAMARA FERREIRA (00370000016508192)		27/08/2020	347	0.3	R\$ 104,10
396507 - I	ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM (00379994058389285)		15/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
391360 - I	ISABELA VELASCO SALERNO RIBEIR (00379994058783200)		07/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
395815 - I	JACQUELINE DOS REIS ALMEIDA (00370000031527399)		14/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
386549 - I	JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS (00379994065459560)		30/09/2020	376	0.3	R\$ 112,80
386555 - I	JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS (00379994065459560)		30/09/2020	600	0.3	R\$ 180,00
391357 - I	JOSE FRANCISCO RIBEIRO JUNIOR (00379994058783013)		07/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
390616 - I	JOSE ROBERTO BARCELLOS JUNIOR (00370000024926895)		06/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
377078 - I	JOVERCINO LIMA DOS REIS (00379994065464882)		17/09/2020	997	0.3	R\$ 299,10

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

377083 - I	JOVERCINO LIMA DOS REIS (00379994065464882)	17/09/2020	950	0.3	R\$ 285,00
378352 - I	JOVIAN VIANNA DE ALMEIDA (00370000020070503)	18/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
364771 - I	LENIR BARROS ROCHA (00370000023008728)	26/08/2020	286	0.3	R\$ 85,80
357042 - I	LEONARDO BELIDIO DE PAULA BAPTISTA (00370000023042241)	14/08/2020	347	0.3	R\$ 104,10
374547 - I	LYVIA SIQUEIRA BARRA (00379994064141338)	14/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
381507 - I	MARIA JOSE BARBOSA XAVIER (00370000009178620)	23/09/2020	270	0.3	R\$ 81,00
385666 - I	MARILIA DA SILVA (00379994064572860)	29/09/2020	997	0.3	R\$ 299,10
385670 - I	MARILIA DA SILVA (00379994064572860)	29/09/2020	950	0.3	R\$ 285,00
372104 - I	NANCY CARDOSO GUIMARAES (00370000026630900)	09/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
370081 - I	NATHALY FERREIRA MACHADO (00370000023009490)	04/09/2020	900	0.3	R\$ 270,00
370085 - I	NATHALY FERREIRA MACHADO (00370000023009490)	04/09/2020	447	0.3	R\$ 134,10
401179 - I	NEIDIVAN MARINHO DA SILVA (00370000017716066)	21/10/2020	203	0.3	R\$ 60,90
375803 - I	REGINA CELIA CAMPOS BARONI DA COSTA (00370000003022164)	15/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
376334 - I	REGINA CELIA CAMPOS BARONI DA COSTA (00370000003022164)	16/09/2020	122	0.3	R\$ 36,60
376364 - I	REGINA CELIA CAMPOS BARONI DA COSTA (00370000003022164)	16/09/2020	90	0.3	R\$ 27,00
385519 - I	REGINA PEIGAS ROQUE (00370000031849574)	29/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
387314 - I	REGINA PEIGAS ROQUE (00370000031849574)	01/10/2020	226	0.3	R\$ 67,80
377580 - I	ROBERTA MUNIZ DA SILVA (00379994065451608)	17/09/2020	47	0.3	R\$ 14,10
384674 - I	ROBERTA MUNIZ DA SILVA (00379994065451608)	28/09/2020	48	0.3	R\$ 14,40
387822 - I	ROGERIO MESSIAS DA LUZ (00370000029923118)	01/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
354188 - I	RONALDO ABREU FERREIRA DA SILVA (00370000020244390)	10/08/2020	347	0.3	R\$ 104,10
384454 - I	SALIS SILVA DOS SANTOS (00370000021458220)	28/09/2020	203	0.3	R\$ 60,90
403110 - I	SILVIO ROGERIO LUCAS DA SILVA (00370000007712629)	22/10/2020	47	0.3	R\$ 14,10
403135 - I	SILVIO ROGERIO LUCAS DA SILVA (00370000007712629)	22/10/2020	475	0.3	R\$ 142,50
403142 - I	SILVIO ROGERIO LUCAS DA SILVA (00370000007712629)	22/10/2020	75	0.3	R\$ 22,50
384534 - I	SIMONE ALVES GOMES (00379994061927276)	28/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
360609 - I	TANIA LUCIA CAAMANO PAZOS (00370000017662179)	20/08/2020	347	0.3	R\$ 104,10
402095 - I	TANIA REGINA ROMUALDO DA ROSA (00370000031229878)	22/10/2020	710	0.3	R\$ 213,00
391726 - I	THAYS GABRIEL BARRETO DA CRUZ (00379994065520251)	07/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
396526 - I	VANESSA BARRETO LEO FREITAS (00370000032151929)	15/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
385494 - I	VANESSA DE OLIVEIRA TEZOLIM (00379994065829295)	29/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
352903 - I	VANIA POYARES RODRIGUES (00379994062673901)	07/08/2020	90	0.3	R\$ 27,00
352905 - I	VANIA POYARES RODRIGUES (00379994062673901)	07/08/2020	113	0.3	R\$ 33,90
352908 - I	VANIA POYARES RODRIGUES (00379994062673901)	07/08/2020	143	0.3	R\$ 42,90
384300 - I	VANIA POYARES RODRIGUES (00379994062673901)	28/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
391355 - I	VIVIANE CRISTINA DE SOUZA RIBE (00379994059688596)	07/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
390758 - I	WALDIR GUEDES BERALDO (00373768000002006)	06/10/2020	113	0.3	R\$ 33,90

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: 28/10/2020 20:16

Página 2 de 3

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	23980
N° de atendimentos:	72
Valor:	R\$ 7.194,00

Totalizador

N° de USOs:	23980
N° de atendimentos:	72
Valor:	R\$ 7.194,00

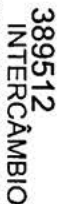
IMPORTANTE Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

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

Data e Hora de Emissão: 28/10/2020 20:16

Página 3 de 3

2-N



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 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-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observation

50-Data, local e Assinatura do Cargado-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cargado-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cargado da Empresa
11/11/11	25/11/2011	25/11/2011	11/11/11



50-Dia, local e Assinatura do Cargado-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cargado-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Carimbo da Empresa



1-Registro AINS 406414 2-Data de Emissão da Guia 13/10/2013 3-Série 13/10/2013 4-Data de Autorização 13/10/2013 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50198452 7-Data Validade da Série 11/10/2013 394360 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0370001012828010 9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NOELLE A MORAES CO 11-Data Validade da Carteira 11/10/2013 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002795319106

13-Nome ALESSANDRA GAUDARD ANCHIETA DO 14-Telefone 310771978 15-Nome do titular do plano ALESSANDRA GAUDARD ANCHIETA DO

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Secretaria MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código no Operatório / CBO / CIP 05685360703 22-Nome do Contratado E seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CHES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100226 (III) 85100200 26-Nome do Profissional E seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimento Substituído

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	11	VI	1	13,00	0,00	0,00	10/10/2013	20/10/2013		
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	12,00	0,00	0,00	16/10/2013	20/10/2013		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VD	1	13,00	0,00	0,00	16/10/2013	20/10/2013		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 348,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e 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), tiveram 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: FOTO DA URB (dentos 12 e 13); DENTE NA MÃO MEXCADA FOTO, POIS NÃO TEM AN JAKS PROXIMAS ACOMUNDAÇÃO.

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

244

395741
INTER

Realizado comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) processado(s) não possui(m) bens e valores suficientes para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, razão pela qual requer a concessão de gratuidade de justiça.

49-Observations

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

[illegible]

2-N-



42-A-Signature

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 04/09/2010 4-Data de Autorização 04/09/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50189379 7-Data Validade da Santa 03/12/2010 370170 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00379994065276423 9-Fruto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELETRO MECANICA PA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706806762202825

13-Nome ANTONIO TEIXEIRA RIBEIRO 14-Telefone 19/04/1969 15-Nome do titular do plano ANTONIO TEIXEIRA RIBEIRO

16-Ancoramento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 05685360703 22-Nome do Contratado Enecliane MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Enecliane MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CRO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F-ace	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	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	17,5	10,0	10,0	1	30/09/20		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	17,5	10,0	10,0	1	30/09/20		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	17,5	10,0	10,0	1	30/09/20		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	17,5	10,0	10,0	1	30/09/20		
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 1300,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e 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 Corrente-Dentista Solicitante 30/09/2010 51-Data, local e Assinatura do Corrente-Dentista 30/09/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2010 53-Data, local e Cópia da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



388362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 10/12/10		4-Data de Autuação 10/2/11 10/12/10		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50196525		7-Data Validade da Série 13/1/11 12/12/10	
8-Número da Carteira 01037999140654383001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700200453614526		13-Nome ATAIS CUNHA PIMENTEL	
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ATAIS CUNHA PIMENTEL		16-Endereço 25/08/1990		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121		19-UF RJ	
20-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		21-Código no Operador / CNPJ / CPF 015685360703		22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CHES 801 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CRO S		30-UF RJ		31-Código CRO S	

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ativ	40-Data de Realização	41-Modo de Gênes	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	147,00	0,00					ATAIS
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	175,00	0,00					ATAIS
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	175,00	0,00					ATAIS
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	175,00	0,00					ATAIS
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	175,00	0,00					ATAIS
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	347,00	0,00	

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



2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



386659
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 13/01/09 4-Dados de Autorização 10/11/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50195999 7-Data Validade da Sentença 12/9/11 8-Data Validade da Sentença 12/01/12

9-Número da Carteira 100379940654904 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704001886505567

13-Nome BRUNO GALIZA RIBEIRO 14-Data 14/06/2000 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 005685360703 22-Nome do Convênio e Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 0085100200 26-Nome do Profissional e seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S 0085100200

Item de Tratamento / Procedimento Substituto	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Cmd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Realização	42-Assinatura
1-0	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	113,00	0,00	51,08	10,40			
2-0	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	113,00	0,00	51,08	10,40			
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dados Previstos Termo 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 1226,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e 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: *Conforme manual mãe e instrução anexos de estruturação que não acompanha para próximos (M) (D)* 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/8/11 10/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/8/11 10/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/8/11 10/11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

49-Observations

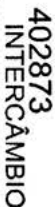
contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima(s) descrito(s) e previsto(s) no presente contrato, não comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

5.3-Data, local e Carimbo da Empresa



(a) FOTO NO SITE

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/10/201

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 U/I/U/I/U/I



Registro ANS

3 - Nome da Operadora

UNIMED SAUDE E ODONTO SA

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Arribuido pela

4 0 2 1 8 9

Código na Operadora

7 - Nome do Contratado

31121RJ - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Código do Recurso do Protocolo

Número do Lote

8 - Número do Procedimento

10 - Código da Guia do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

13 -

14 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

15 - Status

RECURSO DE

16 - Beneficiário

00379994064558085 - CRISTAL RODRIGUES DO NASCIMENT

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

19 -

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Data de Realização

22 - Fica

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Guia

28 - Valor Recusado

29 - Justificativa do Prestador

30 - Valor Aceito

31 - Justificativa da Operadora

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -

279 -

280 -

281 -

282 -

283 -

284 -

285 -

286 -

287 -

288 -

289 -

290 -

291 -

292 -

293 -

294 -

295 -

296 -

297 -

298 -

299 -

300 -

301 -

302 -



49-Observação















8-Numero da Carteira	010370000016523710
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DANIELA CRISTINA SOARES DE
11-Dia Validade da Carteira	1/11/11
12-Numero do Cartão	8980004632900

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16. Alinhamento a RN	17. Nome do Proprietário/Secretaria
N	MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
21. Código no Operador (CNPJ) / CEP	22. Nome do Contratado E Inscrição
10.516181531607103	MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
26. Nome do Proprietário/Executante	27. Número no CRO
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	31121
28. UF	29. Código CBO S
RJ	801 -
24. UF	25. Código CNES
RJ	Faturar Empresa
27. Número no CRO	Enviar - RX
31121	(1) 85100200
28. UF	
RJ	
29. Código CBO S	

30 - Item	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Fases	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Motivo da Class	42 - Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	13,00	0,00	S	08/10/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	L	1	9,00	0,00	S	08/10/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	L	1	9,00	0,00	S	08/10/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	L	1	9,00	0,00	S	08/10/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44 - Data Previsto Término do Tratamento

44 - Tipo de Atendimento

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

45 - Tipo de Faturamento

1 - Total 2 - Parcial

46 - Total Quantidade US

383,00

47 - Valor Total R\$

10,00

48 - Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação	(OK)	FOTO NA WEB 27(0D).
50-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante		
51-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista		
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		
53-Dia, local e Cambio da Empresa		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/09/2010 4-Data de Autorização 10/09/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50190088 7-Data Validade da Série 08/12/2010

372087
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 003700000211524389 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70050733971257

13-Nome DAYANE ALVES DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAYANE ALVES DE OLIVEIRA

16-Matricula e RGI N 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 056853607031 22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Forma de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental Regio	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00081001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00				15/10/2010		P Day
2	00085301047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	75,00				15/10/2010		P Day
3	00085301047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	75,00				15/10/2010		P Day
4	00085301047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	75,00				15/10/2010		P Day
5	00085301047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	75,00				15/10/2010		P Day
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 347,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solitante 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa



372123
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 4-Data de Autuação 10/09/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50190107 7-Data Validade da Senha 10/08/11 12/12/10

8-Data de Benefício

8-Número da Carteira 10/03/17 9-Data de Emissão da Guia 10/09/10 10-Data de Autuação 10/09/10 11-Data Validade da Carteira 10/08/11 12-Data Validade da Senha 10/08/11 13-Nome DAYANE ALVES DE OLIVEIRA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano DAYANE ALVES DE OLIVEIRA 16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código de Operadora (CNPJ) / CPF 105685360703 22-Nome do Contratado Empolante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Data Previsto Término do Tratamento 43-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 30100101 47-Valor Total R\$ 10100 48-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Data Previsto Término do Tratamento	43-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1-000820091211	GENGIVECTOMIA	S5	1111300000	10100	45110120
2-000000000000					
3-000000000000					
4-000000000000					
5-000000000000					
6-000000000000					
7-000000000000					
8-000000000000					
9-000000000000					
10-000000000000					
11-000000000000					
12-000000000000					
13-000000000000					
14-000000000000					
15-000000000000					

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

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



381648
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/09 12:00		4-Data de Autorização 23/10/09 12:00		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50193773		7-Data Validade da Série 12/11/12 12:00	
8-Número da Carteira 1003799940612830560		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 70340127870913		13-Data Validade da Carteira 12/11/12 12:00	
13-Nome DIEGO DA COSTA DE ALMEIDA REIS		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano DIEGO DA COSTA DE ALMEIDA REIS		16-Endereço e RG MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121	
19-Endereço e RG MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		20-Endereço e RG MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		21-Código de Operador / CNP / CPF 05685360703		22-Nome do Contratado Escalante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Escalante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		26-Número no CRO 31121		27-UF RJ		28-Código CBO S 801 -		29-UF RJ		30-Código CBO S	
31-Código do Procedimento 1-00085100196		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 24		34-Faixa V		35-Cat 1		36-Quantidade US 90,00	
37-Código do Procedimento 2-00085100196		38-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		39-Dente/Região 25		40-Faixa V		41-Cat 1		42-Quantidade US 90,00	
39-Dente/Região 26		40-Faixa V		41-Cat 1		42-Quantidade US 90,00		43-Faixa V		44-Cat 1	
45-Quantidade US 90,00		46-Faixa V		47-Cat 1		48-Quantidade US 90,00		49-Faixa V		50-Cat 1	
51-Quantidade US 90,00		52-Faixa V		53-Cat 1		54-Quantidade US 90,00		55-Faixa V		56-Cat 1	
57-Quantidade US 90,00		58-Faixa V		59-Cat 1		60-Quantidade US 90,00		61-Faixa V		62-Cat 1	
63-Quantidade US 90,00		64-Faixa V		65-Cat 1		66-Quantidade US 90,00		67-Faixa V		68-Cat 1	
69-Quantidade US 90,00		70-Faixa V		71-Cat 1		72-Quantidade US 90,00		73-Faixa V		74-Cat 1	
75-Quantidade US 90,00		76-Faixa V		77-Cat 1		78-Quantidade US 90,00		79-Faixa V		80-Cat 1	
81-Quantidade US 90,00		82-Faixa V		83-Cat 1		84-Quantidade US 90,00		85-Faixa V		86-Cat 1	
87-Quantidade US 90,00		88-Faixa V		89-Cat 1		90-Quantidade US 90,00		91-Faixa V		92-Cat 1	
93-Quantidade US 90,00		94-Faixa V		95-Cat 1		96-Quantidade US 90,00		97-Faixa V		98-Cat 1	
99-Quantidade US 90,00		100-Faixa V		101-Cat 1		102-Quantidade US 90,00		103-Faixa V		104-Cat 1	
105-Quantidade US 90,00		106-Faixa V		107-Cat 1		108-Quantidade US 90,00		109-Faixa V		110-Cat 1	
111-Quantidade US 90,00		112-Faixa V		113-Cat 1		114-Quantidade US 90,00		115-Faixa V		116-Cat 1	
117-Quantidade US 90,00		118-Faixa V		119-Cat 1		120-Quantidade US 90,00		121-Faixa V		122-Cat 1	
123-Quantidade US 90,00		124-Faixa V		125-Cat 1		126-Quantidade US 90,00		127-Faixa V		128-Cat 1	
129-Quantidade US 90,00		130-Faixa V		131-Cat 1		132-Quantidade US 90,00		133-Faixa V		134-Cat 1	
135-Quantidade US 90,00		136-Faixa V		137-Cat 1		138-Quantidade US 90,00		139-Faixa V		140-Cat 1	
141-Quantidade US 90,00		142-Faixa V		143-Cat 1		144-Quantidade US 90,00		145-Faixa V		146-Cat 1	
147-Quantidade US 90,00		148-Faixa V		149-Cat 1		150-Quantidade US 90,00		151-Faixa V		152-Cat 1	
153-Quantidade US 90,00		154-Faixa V		155-Cat 1		156-Quantidade US 90,00		157-Faixa V		158-Cat 1	
159-Quantidade US 90,00		160-Faixa V		161-Cat 1		162-Quantidade US 90,00		163-Faixa V		164-Cat 1	
165-Quantidade US 90,00		166-Faixa V		167-Cat 1		168-Quantidade US 90,00		169-Faixa V		170-Cat 1	
171-Quantidade US 90,00		172-Faixa V		173-Cat 1		174-Quantidade US 90,00		175-Faixa V		176-Cat 1	
177-Quantidade US 90,00		178-Faixa V		179-Cat 1		180-Quantidade US 90,00		181-Faixa V		182-Cat 1	
183-Quantidade US 90,00		184-Faixa V		185-Cat 1		186-Quantidade US 90,00		187-Faixa V		188-Cat 1	
189-Quantidade US 90,00		190-Faixa V		191-Cat 1		192-Quantidade US 90,00		193-Faixa V		194-Cat 1	
195-Quantidade US 90,00		196-Faixa V		197-Cat 1		198-Quantidade US 90,00		199-Faixa V		200-Cat 1	
201-Quantidade US 90,00		202-Faixa V		203-Cat 1		204-Quantidade US 90,00		205-Faixa V		206-Cat 1	
207-Quantidade US 90,00		208-Faixa V		209-Cat 1		210-Quantidade US 90,00		211-Faixa V		212-Cat 1	
213-Quantidade US 90,00		214-Faixa V		215-Cat 1		216-Quantidade US 90,00		217-Faixa V		218-Cat 1	
219-Quantidade US 90,00		220-Faixa V		221-Cat 1		222-Quantidade US 90,00		223-Faixa V		224-Cat 1	
225-Quantidade US 90,00		226-Faixa V		227-Cat 1		228-Quantidade US 90,00		229-Faixa V		230-Cat 1	
231-Quantidade US 90,00		232-Faixa V		233-Cat 1		234-Quantidade US 90,00		235-Faixa V		236-Cat 1	
237-Quantidade US 90,00		238-Faixa V		239-Cat 1		240-Quantidade US 90,00		241-Faixa V		242-Cat 1	
243-Quantidade US 90,00		244-Faixa V		245-Cat 1		246-Quantidade US 90,00		247-Faixa V		248-Cat 1	
249-Quantidade US 90,00		250-Faixa V		251-Cat 1		252-Quantidade US 90,00		253-Faixa V		254-Cat 1	
255-Quantidade US 90,00		256-Faixa V		257-Cat 1		258-Quantidade US 90,00		259-Faixa V		260-Cat 1	
261-Quantidade US 90,00		262-Faixa V		263-Cat 1		264-Quantidade US 90,00		265-Faixa V		266-Cat 1	
267-Quantidade US 90,00		268-Faixa V		269-Cat 1		270-Quantidade US 90,00		271-Faixa V		272-Cat 1	
273-Quantidade US 90,00		274-Faixa V		275-Cat 1		276-Quantidade US 90,00		277-Faixa V		278-Cat 1	
279-Quantidade US 90,00		280-Faixa V		281-Cat 1		282-Quantidade US 90,00		283-Faixa V		284-Cat 1	
285-Quantidade US 90,00		286-Faixa V		287-Cat 1		288-Quantidade US 90,00		289-Faixa V		290-Cat 1	
291-Quantidade US 90,00		292-Faixa V		293-Cat 1		294-Quantidade US 90,00		295-Faixa V		296-Cat 1	
297-Quantidade US 90,00		298-Faixa V		299-Cat 1		300-Quantidade US 90,00		301-Faixa V		302-Cat 1	
303-Quantidade US 90,00		304-Faixa V		305-Cat 1		306-Quantidade US 90,00		307-Faixa V		308-Cat 1	
309-Quantidade US 90,00		310-Faixa V		311-Cat 1		312-Quantidade US 90,00		313-Faixa V		314-Cat 1	
315-Quantidade US 90,00		316-Faixa V		317-Cat 1		318-Quantidade US 90,00		319-Faixa V		320-Cat 1	
321-Quantidade US 90,00		322-Faixa V		323-Cat 1		324-Quantidade US 90,00		325-Faixa V		326-Cat 1	
327-Quantidade US 90,00		328-Faixa V		329-Cat 1		330-Quantidade US 90,00		331-Faixa V		332-Cat 1	
333-Quantidade US 90,00		334-Faixa V		335-Cat 1		336-Quantidade US 90,00		337-Faixa V		338-Cat 1	
339-Quantidade US 90,00		340-Faixa V		341-Cat 1		342-Quantidade US 90,00		343-Faixa V		344-Cat 1	
345-Quantidade US 90,00		346-Faixa V		347-Cat 1		348-Quantidade US 90,00		349-Faixa V		350-Cat 1	
351-Quantidade US 90,00		352-Faixa V		353-Cat 1		354-Quantidade US 90,00		355-Faixa V		356-Cat 1	
357-Quantidade US 90,00		358-Faixa V		359-Cat 1		360-Quantidade US 90,00		361-Faixa V		362-Cat 1	
363-Quantidade US 90,00		364-Faixa V		365-Cat 1		366-Quantidade US 90,00		367-Faixa V		368-Cat 1	
369-Quantidade US 90,00		370-Faixa V		371-Cat 1		372-Quantidade US 90,00		373-Faixa V		374-Cat 1	
375-Quantidade US 90,00		376-Faixa V		377-Cat 1		378-Quantidade US 90,00		379-Faixa V		380-Cat 1	
381-Quantidade US 90,00		382-Faixa V		383-Cat 1		384-Quantidade US 90,00		385-Faixa V		386-Cat 1	
387-Quantidade US 90,00		388-Faixa V		389-Cat 1		390-Quantidade US 90,00		391-Faixa V		392-Cat 1	
393-Quantidade US 90,00		394-Faixa V		395-Cat 1		396-Quantidade US 90,00		397-Faixa V		398-Cat 1	
399-Quantidade US 90,00		400-Faixa V		401-Cat 1		402-Quantidade US 90,00		403-Faixa V		404-Cat 1	
405-Quantidade US 90,00		406-Faixa V		407-Cat 1		408-Quantidade US 90,00		409-Faixa V		410-Cat 1	
411-Quantidade US 90,00		412-Faixa V		413-Cat 1		414-Quantidade US 90,00		415-Faixa V		416-Cat 1	
417-Quantidade US 90,00		418-Faixa V		419-Cat 1		420-Quantidade US 90,00		421-Faixa V		422-Cat 1	
423-Quantidade US 90,00		424-Faixa V		425-Cat 1		426-Quantidade US 90,00		427-Faixa V		428-Cat 1	
429-Quantidade US 90,00		430-Faixa V		431-Cat 1		432-Quantidade US 90,00		433-Faixa V		434-Cat 1	
435-Quantidade US 90,00		436-Faixa V		437-Cat 1		438-Quantidade US 90,00		439-Faixa V		440-Cat 1	
441-Quantidade US 90,00		442-Faixa V		443-Cat 1		444-Quantidade US 90,00		445-Faixa V		446-Cat 1	
447-Quantidade US 90,00		448-Faixa V		449-Cat 1		450-Quantidade US 90,00		451-Faixa V		452-Cat 1	
453-Quantidade US 90,00		454-Faixa V		455-Cat 1		456-Quantidade US 90,00		457-Faixa V		458-Cat 1	
459-Quantidade US 90,00		460-Faixa V		461-Cat 1		462-Quantidade US 90,00		463-Faixa V		464-Cat 1	
465-Quantidade US 90,00		466-Faixa V		467-Cat 1		468-Quantidade US 90,00		469-Faixa V		470-Cat 1	
471-Quantidade US 90,00		472-Faixa V		473-Cat 1		474-Quantidade US 90,00		475-Faixa V		476-Cat 1	
477-Quantidade US 90,00		478-Faixa V		479-Cat 1		480-Quantidade US 90,00		481-Faixa V		482-Cat 1	
483-Quantidade US 90,00		484-Faixa V		485-Cat 1		486-Quantidade US 90,00		487-Faixa V		488-Cat 1	
489-Quantidade US 90,00		490-Faixa V		491-Cat 1		492-Quantidade US 90,00		493-Faixa V		494-Cat 1	
495-Quantidade US 90,00		496-Faixa V		497-Cat 1		498-Quantidade US 90,00		499-Faixa V		500-Cat 1	

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 referências 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 Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro AIS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/9/10/19/12/01	4-Data de Autorização 31/01/10/19/12/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195713	7-Data Validade da Série 12/8/11/12/12/01	385500 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	--	-----------------------	--	--	-----------------------

8-Número da Carteira 101031711118003328306	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004637657859
---	--------------------------------	------------------------------	--	--

13-Nome EDUARDA AUGUSTO LIBERATO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADRIANA AUGUSTO CARDOSO LIBERATO
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1051618151316107101311	22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES 26-Código CBO S
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/Região	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Vigor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-UI	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	52	1	125100	101010	5191101201					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1125100	47-Vigor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representativo 10/11/10/12/01	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 11:21	4-Data de Autorização 13/11/08 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188102	7-Data Validade da Senha 12/9/11 11:21	367068 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---	-----------------------

8-Número da Carteira 10103700101032577624	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AUTOBAND CAR 726 C	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702000363022482
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO
---	------------------------------	---

16-Atendimento a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora (CNP) (CNP) 1056851360703111	22-Nome do Contratado E recorrente MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES Envia - RX (0) 85100226 (1) 85100226
26-Nome do Profissional E recorrente MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-COM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1	001851010226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVPI	1	1221010	01010			10/11/20		
2	001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	91010	01010			10/11/20		
3	001851010226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDPI	1	1221010	01010			10/11/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 33341010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

FOTO NA WEB. OK

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/09/09 12:01	3-Data de Autorização 10/11/10 12:01	4-Sente AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 50195626	6-Data Validade da Sente 12/08/11 12:01	7-385400 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--	-------------------------

8-Número da Carteira 01031799140654466471	9-Paturo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708001338779028
--	---------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome ELAINE CRISTINA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA DA SILVA
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Endereço a R/R MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CUP / C/P 05685360703	22-Nome do Contratado Esculpe MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES 29-Código CBO S
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Esculpe MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Operação	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-01018530101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	7,5	10,0	0,0	0,0	115	120	14	120	
2-01018530101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	7,5	10,0	0,0	0,0	115	120	14	120	
3-01018530101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	7,5	10,0	0,0	0,0	115	120	14	120	
4-01018530101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	7,5	10,0	0,0	0,0	115	120	14	120	
5-01018530101471												
6-01018530101471												
7-01018530101471												
8-01018530101471												
9-01018530101471												
10-01018530101471												
11-01018530101471												
12-01018530101471												
13-01018530101471												
14-01018530101471												
15-01018530101471												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 13,010,010	47-Vol Total R\$ 10,010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,010
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------	---

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 Conselho-Dentista Solicitante 12/01/10/1201	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 12/01/10/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/10/1201	53-Data, local e Cessão da Empresa 12/01/10/1201
---	---	--	---

245

49-Observação51-Data, local e Assinatura do Cirurgião
12/01/11 01/12/10

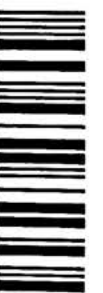
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável):
12/01/10/12/04

53-Data, local e Carimbo da Empresa

100

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



401055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Dados de Emissão da Guia 12/11/10 12:01	3-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200619	7-Data Validade da Sentença 11/9/01 12:11
8-Endereço do Beneficiário 00037000000174460341		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LFCONT CONTABILIDADE LTDA	
13-Nome FATIMA GAGO RIBEIRO JORGE		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano FATIMA GAGO RIBEIRO JORGE
16-Data de Conclusão do Tratamento 27/12/1970				
17-Nome do Produtor Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	21-Código na Operadora / CBO / CIP 05685360703
22-Nome do Corretor Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Produtor Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Tabela	

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CMD	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Dias de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,00				21	10	20
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
6-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
7-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
8-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
9-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
10-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
11-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
12-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
13-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
14-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20
15-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,00				24	10	20

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	347,00	10,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Corretor-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Corretor-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	21/11/10 20	21/11/10 20	Fatima G. J. Jorge



Ondeio, que após ter sido devidamente esclarecido, sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, selo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos em contrato. Deixando, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (autorizo 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-a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



374687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/08/2019 4-Data de Autuação 15/09/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191096 7-Data Validade da Senha 13/12/2019

8-Número da Carteira 00379994065445438 9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006855913658

13-Nome FERNANDA DE HEREDIA FIGUEIREDO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDA DE HEREDIA FIGUEIREDO

16-Atendimento a IN N 17-Nome do Prestador/Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código no tipo de atendimento 05685360703 22-Nome do Contratado/Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Prestador/Seguradora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Item	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	14,70	10,00		5	04/10/20	x	FLY
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
6	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
7	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
8	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
9	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
10	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
11	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
12	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
13	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
14	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY
15	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	7,50	10,00		5	04/10/20	x	FLY

43-Data Fim do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Taxa Quilômetro US 47-Valor Total R\$ 48-Taxa Franquia/Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os preços, taxas, 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 cisi procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-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



Trabalhe para você e para

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



365345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 12/10/81/210	4-Data de Autorização 28/10/81/210	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187319	7-Data Validade da Série 12/5/11/1/210
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 1003700000165081921	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome HIGOR CAMARA FERREIRA	23/07/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SIMONE CAMARA DA SILVA FERREIR
----------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Produtor Secundário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código no Operadora / CBO / CPE 05685360703	22-Nome do Corretador Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES 26-Código CBO S
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Produtor Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Raio	34- Fios	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,00				01/11/20		<i>Henrique</i>
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
6-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
7-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
8-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
9-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
10-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
11-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
12-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
13-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
14-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>
15-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50				01/11/20		<i>Henrique</i>

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1	44-1º de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 347,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Corresponsável Solicitante 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Corresponsável 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1
---	---	---	--

[illegible]

24

391360
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004859091347

15-Nome do titular do plano
JOSE FRANCISCO RIBEIRO JUNIOR

801 -

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2686-2692.

Indicação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura

[illegible][illegible]

	S	1	5	/	1	0	//	8	0		X	(see)
	S	1	5	/	1	0	//	8	0		X	(see)
	S	1	5	/	1	0	//	7	0		X	(see)
	S	1	5	/	1	0	//	6	0		X	(see)

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

47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

[illegible]

So 'mildness' and 'mildness' of

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª

395815
INTERCAMBIO



1-Região ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010		4-Data de Apreciação 14/11/2010		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198930		7-Data Validade da Santa 11/2/01/21	
8-Endereço do Beneficiário JACQUELINE DOS REIS ALMEIDA		9-Endereço do Prestador POS REDE PRESTADORA		10-Endereço da Empresa E C S ADM DE BENEFÍCIOS CRF		11-Data Validade da Santa 11/2/01/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data Validade da Santa 11/2/01/21	
14-Nome do Paciente JACQUELINE DOS REIS ALMEIDA		15-Nome do Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		16-Nome do Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		17-Nome do Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Nome do Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		19-Nome do Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
20-Data de Nascimento / Nascimento Substituído MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		21-Código de Nascimento / Nascimento Substituído MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		22-Nome do Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES RJ	
26-Nome do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		30-Franchise/Co-participação R\$		31-Data de Realização	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Data/Região 34-Faixa 35-Ord 36-Quantidade US		37-Valor		38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut 40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
39-Total 1.000,00		40-Total 1.000,00		41-Total 1.000,00		42-Total 1.000,00		43-Total 1.000,00		44-Total 1.000,00	
45-Total 1.000,00		46-Total 1.000,00		47-Total 1.000,00		48-Total 1.000,00		49-Total 1.000,00		50-Total 1.000,00	
51-Total 1.000,00		52-Total 1.000,00		53-Total 1.000,00		54-Total 1.000,00		55-Total 1.000,00		56-Total 1.000,00	
57-Total 1.000,00		58-Total 1.000,00		59-Total 1.000,00		60-Total 1.000,00		61-Total 1.000,00		62-Total 1.000,00	
63-Total 1.000,00		64-Total 1.000,00		65-Total 1.000,00		66-Total 1.000,00		67-Total 1.000,00		68-Total 1.000,00	
69-Total 1.000,00		70-Total 1.000,00		71-Total 1.000,00		72-Total 1.000,00		73-Total 1.000,00		74-Total 1.000,00	
75-Total 1.000,00		76-Total 1.000,00		77-Total 1.000,00		78-Total 1.000,00		79-Total 1.000,00		80-Total 1.000,00	
81-Total 1.000,00		82-Total 1.000,00		83-Total 1.000,00		84-Total 1.000,00		85-Total 1.000,00		86-Total 1.000,00	
87-Total 1.000,00		88-Total 1.000,00		89-Total 1.000,00		90-Total 1.000,00		91-Total 1.000,00		92-Total 1.000,00	
93-Total 1.000,00		94-Total 1.000,00		95-Total 1.000,00		96-Total 1.000,00		97-Total 1.000,00		98-Total 1.000,00	
99-Total 1.000,00		100-Total 1.000,00		101-Total 1.000,00		102-Total 1.000,00		103-Total 1.000,00		104-Total 1.000,00	
105-Total 1.000,00		106-Total 1.000,00		107-Total 1.000,00		108-Total 1.000,00		109-Total 1.000,00		110-Total 1.000,00	
111-Total 1.000,00		112-Total 1.000,00		113-Total 1.000,00		114-Total 1.000,00		115-Total 1.000,00		116-Total 1.000,00	
117-Total 1.000,00		118-Total 1.000,00		119-Total 1.000,00		120-Total 1.000,00		121-Total 1.000,00		122-Total 1.000,00	
123-Total 1.000,00		124-Total 1.000,00		125-Total 1.000,00		126-Total 1.000,00		127-Total 1.000,00		128-Total 1.000,00	
129-Total 1.000,00		130-Total 1.000,00		131-Total 1.000,00		132-Total 1.000,00		133-Total 1.000,00		134-Total 1.000,00	
135-Total 1.000,00		136-Total 1.000,00		137-Total 1.000,00		138-Total 1.000,00		139-Total 1.000,00		140-Total 1.000,00	
141-Total 1.000,00		142-Total 1.000,00		143-Total 1.000,00		144-Total 1.000,00		145-Total 1.000,00		146-Total 1.000,00	
147-Total 1.000,00		148-Total 1.000,00		149-Total 1.000,00		150-Total 1.000,00		151-Total 1.000,00		152-Total 1.000,00	
153-Total 1.000,00		154-Total 1.000,00		155-Total 1.000,00		156-Total 1.000,00		157-Total 1.000,00		158-Total 1.000,00	
159-Total 1.000,00		160-Total 1.000,00		161-Total 1.000,00		162-Total 1.000,00		163-Total 1.000,00		164-Total 1.000,00	
165-Total 1.000,00		166-Total 1.000,00		167-Total 1.000,00		168-Total 1.000,00		169-Total 1.000,00		170-Total 1.000,00	
171-Total 1.000,00		172-Total 1.000,00		173-Total 1.000,00		174-Total 1.000,00		175-Total 1.000,00		176-Total 1.000,00	
177-Total 1.000,00		178-Total 1.000,00		179-Total 1.000,00		180-Total 1.000,00		181-Total 1.000,00		182-Total 1.000,00	
183-Total 1.000,00		184-Total 1.000,00		185-Total 1.000,00		186-Total 1.000,00		187-Total 1.000,00		188-Total 1.000,00	
189-Total 1.000,00		190-Total 1.000,00		191-Total 1.000,00		192-Total 1.000,00		193-Total 1.000,00		194-Total 1.000,00	
195-Total 1.000,00		196-Total 1.000,00		197-Total 1.000,00		198-Total 1.000,00		199-Total 1.000,00		200-Total 1.000,00	
201-Total 1.000,00		202-Total 1.000,00		203-Total 1.000,00		204-Total 1.000,00		205-Total 1.000,00		206-Total 1.000,00	
207-Total 1.000,00		208-Total 1.000,00		209-Total 1.000,00		210-Total 1.000,00		211-Total 1.000,00		212-Total 1.000,00	
213-Total 1.000,00		214-Total 1.000,00		215-Total 1.000,00		216-Total 1.000,00		217-Total 1.000,00		218-Total 1.000,00	
219-Total 1.000,00		220-Total 1.000,00		221-Total 1.000,00		222-Total 1.000,00		223-Total 1.000,00		224-Total 1.000,00	
225-Total 1.000,00		226-Total 1.000,00		227-Total 1.000,00		228-Total 1.000,00		229-Total 1.000,00		230-Total 1.000,00	
231-Total 1.000,00		232-Total 1.000,00		233-Total 1.000,00		234-Total 1.000,00		235-Total 1.000,00		236-Total 1.000,00	
237-Total 1.000,00		238-Total 1.000,00		239-Total 1.000,00		240-Total 1.000,00		241-Total 1.000,00		242-Total 1.000,00	
243-Total 1.000,00		244-Total 1.000,00		245-Total 1.000,00		246-Total 1.000,00		247-Total 1.000,00		248-Total 1.000,00	
249-Total 1.000,00		250-Total 1.000,00		251-Total 1.000,00		252-Total 1.000,00		253-Total 1.000,00		254-Total 1.000,00	
255-Total 1.000,00		256-Total 1.000,00		257-Total 1.000,00		258-Total 1.000,00		259-Total 1.000,00		260-Total 1.000,00	
261-Total 1.000,00		262-Total 1.000,00		263-Total 1.000,00		264-Total 1.000,00		265-Total 1.000,00		266-Total 1.000,00	
267-Total 1.000,00		268-Total 1.000,00		269-Total 1.000,00		270-Total 1.000,00		271-Total 1.000,00		272-Total 1.000,00	
273-Total 1.000,00		274-Total 1.000,00		275-Total 1.000,00		276-Total 1.000,00		277-Total 1.000,00		278-Total 1.000,00	
279-Total 1.000,00		280-Total 1.000,00		281-Total 1.000,00		282-Total 1.000,00		283-Total 1.000,00		284-Total 1.000,00	
285-Total 1.000,00		286-Total 1.000,00		287-Total 1.000,00		288-Total 1.000,00		289-Total 1.000,00		290-Total 1.000,00	
291-Total 1.000,00		292-Total 1.000,00		293-Total 1.000,00		294-Total 1.000,00		295-Total 1.000,00		296-Total 1.000,00	
297-Total 1.000,00		298-Total 1.000,00		299-Total 1.000,00		300-Total 1.000,00		301-Total 1.000,00		302-Total 1.000,00	
303-Total 1.000,00		304-Total 1.000,00		305-Total 1.000,00		306-Total 1.000,00		307-Total 1.000,00		308-Total 1.000,00	
309-Total 1.000,00		310-Total 1.000,00		311-Total 1.000,00		312-Total 1.000,00		313-Total 1.000,00		314-Total 1.000,00	
315-Total 1.000,00		316-Total 1.000,00		317-Total 1.000,00		318-Total 1.000,00		319-Total 1.000,00		320-Total 1.000,00	
321-Total 1.000,00		322-Total 1.000,00		323-Total 1.000,00		324-Total 1.000,00		325-Total 1.000,00		326-Total 1.000,00	
327-Total 1.000,00		328-Total 1.000,00		329-Total 1.000,00		330-Total 1.000,00		331-Total 1.000,00		332-Total 1.000,00	
333-Total 1.000,00		334-Total 1.000,00		335-Total 1.000,00		336-Total 1.000,00		337-Total 1.000,00		338-Total 1.000,00	
339-Total 1.000,00		340-Total 1.000,00		341-Total 1.000,00		342-Total 1.000,00		343-Total 1.000,00		344-Total 1.000,00	
345-Total 1.000,00		346-Total 1.000,00		347-Total 1.000,00		348-Total 1.000,00		349-Total 1.000,00		350-Total 1.000,00	
351-Total 1.000,00		352-Total 1.000,00		353-Total 1.000,00		354-Total 1.000,00		355-Total 1.000,00		356-Total 1.000,00	
357-Total 1.000,00		358-Total 1.000,00		359-Total 1.000,00		360-Total 1.000,00		361-Total 1.000,00		362-Total 1.000,00	
363-Total 1.000,00		364-Total 1.000,00		365-Total 1.000,00		366-Total 1.000,00		367-Total 1.000,00		368-Total 1.000,00	
369-Total 1.000,00		370-Total 1.000,00		371-Total 1.000,00		372-Total 1.000,00		373-Total 1.000,00		374-Total 1.000,00	
375-Total 1.000,00		376-Total 1.000,00		377-Total 1.000,00		378-Total 1.000,00		379-Total 1.000,00		380-Total 1.000,00	
381-Total 1.000,00		382-Total 1.000,00		383-Total 1.000,00		384-Total 1.000,00		385-Total 1.000,00		386-Total 1.000,00	
387-Total 1.000,00		388-Total 1.000,00		389-Total 1.000,00		390-Total 1.000,00		391-Total 1.000,00		392-Total 1.000,00	
393-Total 1.000,00		394-Total 1.000,00		395-Total 1.000,00		396-Total 1.000,00		397-Total 1.000,00		398-Total 1.000,00	
399-Total 1.000,00		400-Total 1.000,00		401-Total 1.000,00		402-Total 1.000,00		403-Total 1.000,00		404-Total 1.000,00	
405-Total 1.000,00		406-Total 1.000,00		407-Total 1.000,00		408-Total 1.000,00		409-Total 1.000,00		410-Total 1.000,00	
411-Total 1.000,00		412-Total 1.000,00		413-Total 1.000,00		414-Total 1.000,00		415-Total 1.000,00		416-Total 1.000,00	
417-Total 1.000,00		418-Total 1.000,00		419-Total 1.000,00		420-Total 1.000,00		421-Total 1.000,00		422-Total 1.000,00	
423-Total 1.000,00		424-Total 1.000,00		425-Total 1.000,00		426-Total 1.000,00		427-Total 1.000,00		428-Total 1.000,00	
429-Total 1.000,00		430-Total 1.000,00		431-Total 1.000,00		432-Total 1.000,00		433-Total 1.000,00		434-Total 1.000,00	
435-Total 1.000,00		436-Total 1.000,00		437-Total 1.000,00		438-Total 1.000,00		439-Total 1.000,00		440-Total 1.000,00	
441-Total 1.000,00		442-Total 1.000,00		443-Total 1.000,00		444-Total 1.000,00		445-Total 1.000,00		446-Total 1.000,00	
447-Total 1.000,00		448-Total 1.000,00		449-Total 1.000,00		450-Total 1.000,00		451-Total 1.000,00		452-Total 1.000,00	
453-Total 1.000,00		454-Total 1.000,00		455-Total 1.000,00		456-Total 1.000,00		457-Total 1.000,00		458-Total 1.000,00	
459-Total 1.000,00		460-Total 1.000,00		461-Total 1.000,00		462-Total 1.000,00		463-Total 1.000,00		464-Total 1.000,00	
465-Total 1.000,00		466-Total 1.000,00		467-Total 1.000,00		468-Total 1.000,00		469-Total 1.000,00		470-Total 1.000,00	
471-Total 1.000,00		472-Total 1.000,00		473-Total 1.000,00		474-Total 1.000,00		475-Total 1.000,00		476-Total 1.000,00	
477-Total 1.000,00		478-Total 1.000,00		479-Total 1.000,00		480-Total 1.000,00		481-Total 1.000,00		482-Total 1.000,00	
483-Total 1.000,00		484									

2-N⁺386549
INTERCÂMBIO

ing J. N.
of K. N.

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



386555
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 3 0 0 0 9 1 2 0		4-Dados de Autorização 0 1 1 1 0 1 2 0		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50195925		7-Dados de Validade da Guia 12 9 1 1 2 1 2 0	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 4 5 9 5 6 0		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Dados de Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700605954609062		13-Nome JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS	
14-Endereço JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS		15-Data de Realização 09/04/1978		16-Telefone () - - - - -		17-Nome do titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS		18-UF RJ		19-UF RJ	
18-UF RJ		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Código CBO S Faturar Empresa		22-Código CBO S Faturar Empresa		23-Código CBO S Faturar Empresa	
24-UF RJ		25-UF RJ		26-Código CBO S Faturar Empresa		27-UF RJ		28-UF RJ		29-UF RJ	
30-UF RJ		31-UF RJ		32-UF RJ		33-UF RJ		34-UF RJ		35-UF RJ	
36-UF RJ		37-UF RJ		38-UF RJ		39-UF RJ		40-UF RJ		41-UF RJ	
42-UF RJ		43-UF RJ		44-UF RJ		45-UF RJ		46-UF RJ		47-UF RJ	
48-UF RJ		49-UF RJ		50-UF RJ		51-UF RJ		52-UF RJ		53-UF RJ	
54-UF RJ		55-UF RJ		56-UF RJ		57-UF RJ		58-UF RJ		59-UF RJ	
60-UF RJ		61-UF RJ		62-UF RJ		63-UF RJ		64-UF RJ		65-UF RJ	
66-UF RJ		67-UF RJ		68-UF RJ		69-UF RJ		70-UF RJ		71-UF RJ	
72-UF RJ		73-UF RJ		74-UF RJ		75-UF RJ		76-UF RJ		77-UF RJ	
78-UF RJ		79-UF RJ		80-UF RJ		81-UF RJ		82-UF RJ		83-UF RJ	
84-UF RJ		85-UF RJ		86-UF RJ		87-UF RJ		88-UF RJ		89-UF RJ	
90-UF RJ		91-UF RJ		92-UF RJ		93-UF RJ		94-UF RJ		95-UF RJ	
96-UF RJ		97-UF RJ		98-UF RJ		99-UF RJ		100-UF RJ		101-UF RJ	
102-UF RJ		103-UF RJ		104-UF RJ		105-UF RJ		106-UF RJ		107-UF RJ	
108-UF RJ		109-UF RJ		110-UF RJ		111-UF RJ		112-UF RJ		113-UF RJ	
114-UF RJ		115-UF RJ		116-UF RJ		117-UF RJ		118-UF RJ		119-UF RJ	
120-UF RJ		121-UF RJ		122-UF RJ		123-UF RJ		124-UF RJ		125-UF RJ	
126-UF RJ		127-UF RJ		128-UF RJ		129-UF RJ		130-UF RJ		131-UF RJ	
132-UF RJ		133-UF RJ		134-UF RJ		135-UF RJ		136-UF RJ		137-UF RJ	
138-UF RJ		139-UF RJ		140-UF RJ		141-UF RJ		142-UF RJ		143-UF RJ	
144-UF RJ		145-UF RJ		146-UF RJ		147-UF RJ		148-UF RJ		149-UF RJ	
150-UF RJ		151-UF RJ		152-UF RJ		153-UF RJ		154-UF RJ		155-UF RJ	
156-UF RJ		157-UF RJ		158-UF RJ		159-UF RJ		160-UF RJ		161-UF RJ	
162-UF RJ		163-UF RJ		164-UF RJ		165-UF RJ		166-UF RJ		167-UF RJ	
168-UF RJ		169-UF RJ		170-UF RJ		171-UF RJ		172-UF RJ		173-UF RJ	
174-UF RJ		175-UF RJ		176-UF RJ		177-UF RJ		178-UF RJ		179-UF RJ	
180-UF RJ		181-UF RJ		182-UF RJ		183-UF RJ		184-UF RJ		185-UF RJ	
186-UF RJ		187-UF RJ		188-UF RJ		189-UF RJ		190-UF RJ		191-UF RJ	
192-UF RJ		193-UF RJ		194-UF RJ		195-UF RJ		196-UF RJ		197-UF RJ	
198-UF RJ		199-UF RJ		200-UF RJ		201-UF RJ		202-UF RJ		203-UF RJ	
204-UF RJ		205-UF RJ		206-UF RJ		207-UF RJ		208-UF RJ		209-UF RJ	
210-UF RJ		211-UF RJ		212-UF RJ		213-UF RJ		214-UF RJ		215-UF RJ	
216-UF RJ		217-UF RJ		218-UF RJ		219-UF RJ		220-UF RJ		221-UF RJ	
222-UF RJ		223-UF RJ		224-UF RJ		225-UF RJ		226-UF RJ		227-UF RJ	
228-UF RJ		229-UF RJ		230-UF RJ		231-UF RJ		232-UF RJ		233-UF RJ	
234-UF RJ		235-UF RJ		236-UF RJ		237-UF RJ		238-UF RJ		239-UF RJ	
240-UF RJ		241-UF RJ		242-UF RJ		243-UF RJ		244-UF RJ		245-UF RJ	
246-UF RJ		247-UF RJ		248-UF RJ		249-UF RJ		250-UF RJ		251-UF RJ	
252-UF RJ		253-UF RJ		254-UF RJ		255-UF RJ		256-UF RJ		257-UF RJ	
258-UF RJ		259-UF RJ		260-UF RJ		261-UF RJ		262-UF RJ		263-UF RJ	
264-UF RJ		265-UF RJ		266-UF RJ		267-UF RJ		268-UF RJ		269-UF RJ	
270-UF RJ		271-UF RJ		272-UF RJ		273-UF RJ		274-UF RJ		275-UF RJ	
276-UF RJ		277-UF RJ		278-UF RJ		279-UF RJ		280-UF RJ		281-UF RJ	
282-UF RJ		283-UF RJ		284-UF RJ		285-UF RJ		286-UF RJ		287-UF RJ	
288-UF RJ		289-UF RJ		290-UF RJ		291-UF RJ		292-UF RJ		293-UF RJ	
294-UF RJ		295-UF RJ		296-UF RJ		297-UF RJ		298-UF RJ		299-UF RJ	
300-UF RJ		301-UF RJ		302-UF RJ		303-UF RJ		304-UF RJ		305-UF RJ	
306-UF RJ		307-UF RJ		308-UF RJ		309-UF RJ		310-UF RJ		311-UF RJ	
312-UF RJ		313-UF RJ		314-UF RJ		315-UF RJ		316-UF RJ		317-UF RJ	
318-UF RJ		319-UF RJ		320-UF RJ		321-UF RJ		322-UF RJ		323-UF RJ	
324-UF RJ		325-UF RJ		326-UF RJ		327-UF RJ		328-UF RJ		329-UF RJ	
330-UF RJ		331-UF RJ		332-UF RJ		333-UF RJ		334-UF RJ		335-UF RJ	
336-UF RJ		337-UF RJ		338-UF RJ		339-UF RJ		340-UF RJ		341-UF RJ	
342-UF RJ		343-UF RJ		344-UF RJ		345-UF RJ		346-UF RJ		347-UF RJ	
348-UF RJ		349-UF RJ		350-UF RJ		351-UF RJ		352-UF RJ		353-UF RJ	
354-UF RJ		355-UF RJ		356-UF RJ		357-UF RJ		358-UF RJ		359-UF RJ	
360-UF RJ		361-UF RJ		362-UF RJ		363-UF RJ		364-UF RJ		365-UF RJ	
366-UF RJ		367-UF RJ		368-UF RJ		369-UF RJ		370-UF RJ		371-UF RJ	
372-UF RJ		373-UF RJ		374-UF RJ		375-UF RJ		376-UF RJ		377-UF RJ	
378-UF RJ		379-UF RJ		380-UF RJ		381-UF RJ		382-UF RJ		383-UF RJ	
384-UF RJ		385-UF RJ		386-UF RJ		387-UF RJ		388-UF RJ		389-UF RJ	
390-UF RJ		391-UF RJ		392-UF RJ		393-UF RJ		394-UF RJ		395-UF RJ	
396-UF RJ		397-UF RJ		398-UF RJ		399-UF RJ		400-UF RJ		401-UF RJ	
402-UF RJ		403-UF RJ		404-UF RJ		405-UF RJ		406-UF RJ		407-UF RJ	
408-UF RJ		409-UF RJ		410-UF RJ		411-UF RJ		412-UF RJ		413-UF RJ	
414-UF RJ		415-UF RJ		416-UF RJ		417-UF RJ		418-UF RJ		419-UF RJ	
420-UF RJ		421-UF RJ		422-UF RJ		423-UF RJ		424-UF RJ		425-UF RJ	
426-UF RJ		427-UF RJ		428-UF RJ		429-UF RJ		430-UF RJ		431-UF RJ	
432-UF RJ		433-UF RJ		434-UF RJ		435-UF RJ		436-UF RJ		437-UF RJ	
438-UF RJ		439-UF RJ		440-UF RJ		441-UF RJ		442-UF RJ		443-UF RJ	
444-UF RJ		445-UF RJ		446-UF RJ		447-UF RJ		448-UF RJ		449-UF RJ	
450-UF RJ		451-UF RJ		452-UF RJ		453-UF RJ		454-UF RJ		455-UF RJ	
456-UF RJ		457-UF RJ		458-UF RJ		459-UF RJ		460-UF RJ		461-UF RJ	
462-UF RJ		463-UF RJ		464-UF RJ		465-UF RJ		466-UF RJ		467-UF RJ	
468-UF RJ		469-UF RJ		470-UF RJ		471-UF RJ		472-UF RJ		473-UF RJ	
474-UF RJ		475-UF RJ		476-UF RJ		477-UF RJ		478-UF RJ		479-UF RJ	
480-UF RJ		481-UF RJ		482-UF RJ		483-UF RJ		484-UF RJ		485-UF RJ	
486-UF RJ		487-UF RJ		488-UF RJ		489-UF RJ		490-UF RJ		491-UF RJ	
492-UF RJ		493-UF RJ		494-UF RJ		495-UF RJ		496-UF RJ		497-UF RJ	
498-UF RJ		499-UF RJ		500-UF RJ		501-UF RJ		502-UF RJ		503-UF RJ	
504-UF RJ		505-UF RJ		506-UF RJ		507-UF RJ		508-UF RJ		509-UF RJ	
510-UF RJ		511-UF RJ		512-UF RJ		513-UF RJ		514-UF RJ		515-UF RJ	
516-UF RJ		517-UF RJ		518-UF RJ		519-UF RJ		520-UF RJ		521-UF RJ	
522-UF RJ		523-UF RJ		524-UF RJ		525-UF RJ		526-UF RJ		527-UF RJ	
528-UF RJ		529-UF RJ		530-UF RJ		531-UF RJ		532-UF RJ		533-UF RJ	
534-UF RJ		535-UF RJ		536-UF RJ		537-UF RJ		538-UF RJ		539-UF RJ	
540-UF RJ		541-UF RJ		542-UF RJ		543-UF RJ		544-UF RJ		545-UF RJ	
546-UF RJ		547-UF RJ		548-UF RJ		549-UF RJ		550-UF RJ		551-UF RJ	
552-UF RJ		553-UF RJ		554-UF RJ		555-UF RJ		556-UF RJ		557-UF RJ	
558-UF RJ		559-UF RJ		560-UF RJ		561-UF RJ		562-UF RJ		563-UF RJ	
564-UF RJ		565-UF RJ		566-UF RJ		567-UF RJ		568-UF RJ		569-UF RJ	
570-UF RJ		571-UF RJ		572-UF RJ		573-UF RJ		574-UF RJ		575-UF RJ	
576-UF RJ		577-UF RJ		578-UF RJ		579-UF RJ		580-UF RJ		581-UF RJ	
582-UF RJ		583-UF RJ		584-UF RJ		585-UF RJ		586-UF RJ		587-UF RJ	
588-UF RJ		589-UF RJ		590-UF RJ		591-UF RJ		592-UF RJ		593-UF RJ	
594-UF RJ		595-UF RJ		596-UF RJ		597-UF RJ		598-UF RJ		599-UF RJ	
600-UF RJ		601-UF RJ		602-UF RJ		603-UF RJ		604-UF RJ		605-UF RJ	
606-UF RJ		607-UF RJ		608-UF RJ		609-UF RJ		610-UF RJ		611-UF RJ	
612-UF RJ		613-UF RJ		614-UF RJ		615-UF RJ		616-UF RJ		617-UF RJ	
618-UF RJ		619-UF RJ		620-UF RJ		621-UF RJ		622-UF RJ		623-UF RJ	
624-UF RJ		625-UF RJ		626-UF RJ		627-UF RJ		628-UF RJ		629-UF RJ	
630-UF RJ		631-UF RJ		632-UF RJ		633-UF RJ		634-UF RJ		635-UF RJ	
636-UF RJ		637-UF RJ		638-UF RJ		639-UF RJ		640-UF RJ		641-UF RJ	
642-UF RJ		643-UF RJ		644-UF RJ		645-UF RJ		646-UF RJ		647-UF RJ	
648-UF RJ		649-UF RJ		650-UF RJ		651-UF RJ		652-UF RJ		653-UF RJ	
654-UF RJ		655-UF RJ		656-UF RJ		657-UF RJ		658-UF RJ		659-UF RJ	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Logotipo ANS 406414 3-Dados de Emissão de Guia 10/7/11 01/2/10 4-Dados de Autorização 10/8/11 01/2/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50197611 7-Dia Validade de Santa 10/5/10 11/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 010317999401587830113 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP AMN 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE FRANCISCO RIBEIRO JUNIOR 22/12/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSE FRANCISCO RIBEIRO JUNIOR

Dados do Contratado / Prestador de Serviços

16-Endereço e Nº 17-Nome do Prestador Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 05685360703 22-Nome do Contratado Emporador MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Prestador Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Forma de Tratamento / Procedimentos Substituídos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	0181001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0	0,10				
2-00	01853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,10	0	0,10				X
3-00	01853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,10	0	0,10				X
4-00	01853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,10	0	0,10				X
5-00	01853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,10	0	0,10				X
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dados Previstos Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tipos de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Tipos 2-Parcial 46-Total Quantidade US 347,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/5/11 10/11/20 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/5/11 10/11/20 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11 10/11/20 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

2-N

49-Observations

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores acima indicados, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 17/10/2010 4-Data de Autorização 18/10/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50192067 7-Data Validade da Senha 16/11/2010 377078 INTERCÂMBIO

8-Data do Beneficiário

9-Número da Carteira 00379994065464882

10-Pos REDE PRESTADORA

11-UNIMED RIO COOPERATIVA

12-Data Validade da Carteira

13-Número do Cartão Nacional de Saúde 705608461976916

14-Nome JOVERCINO LIMA DOS REIS

15-Data de Nascimento 13/02/1958

16-Telefone

17-Nome do titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS

18-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

19-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Societário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

20-Número no CRD 31121

21-UF RJ

22-Código CBO S 801 -

23-Faturar Empresa

24-Código de Operações / CBO / CPT 05685360703

25-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

26-Número no CRD 31121

27-UF RJ

28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

30-Número no CRD 31121

31-UF RJ

32-Código CBO S

33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		147,00	0,00	0,00	0,00	01/10/20		
2-00	82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A	S1	1		147,50	0,00	0,00	0,00	01/10/20		
3-00	82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A	S2	1		147,50	0,00	0,00	0,00	01/10/20		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

46-Tipo de Faturamento

47-Total Quantidade US

48-Valor Total R\$

49-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 Consultor-Dentista Societário

51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



377083
INTERCÂMBIO

1- Agência Aut 406414 2- Data de Emissão da Guia 17/10/19 3- Data de Autuação 18/10/19 4- Autorizado 5- Serviço AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 50192068 7- Data Validade da Guia 16/11/2019 8- Número do Cartão Nacional de Saúde 705608461976916

9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Contrato Nacional de Saúde 705608461976916

13- Nome JOVERCINO LIMA DOS REIS 14- Telefone 15- Nome do titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS

16- Nome do Beneficiário a 18- Nome do Beneficiário Secundário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 19- UF RJ 20- Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora CBO S 22- Nome do Contratado Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23- Número no CBO 31121 24- UF RJ 25- Código CNES 26- UF RJ 27- Número no CBO 31121 28- UF RJ 29- Código CBO S

30- Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

30 - Data	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Data/Régio	34 - F. Rec	35 - CBO	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Médico da Guia	42 - Assinatura
01/08/2019	0104	CIRURGIA PERIODONTAL A	S6			1475,00	0,00			01/08/2019		
02/08/2019	0204	CIRURGIA PERIODONTAL A	S5			1475,00	0,00			02/08/2019		

1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontograma 4- Implante/Enfermagem 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 950,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia/Co-participação R\$

50- Data local e Assinatura do Conselho-Diretoria Sociedades 51- Data local e Assinatura do Conselho-Diretoria 52- Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53- Data local e Carimbo da Empresa

2-N

50-Dados, local e Assinatura do Conselho-Diretista Solicitante51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

S2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Razões para

3

2-N-

364771
INTERCÂMBIO

1-Região ANS

406414

2-Dados de Emissão de Guia

12/6/10/8/12/0

3-Data de Autorização

12/6/10/8/12/0

4-Santa

AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal

50187085

6-Data Validade da Santa

12/4/11/1/2/10

7-Data Validade de Santa

12/4/11/1/2/10

INTERCÂMBIO

8-Nome do Beneficiário

9-Número do Cartão

10-Endereço

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

16-Número no CBO

17-Nome do Profissional Responsável

18-Número no CBO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código no Operadora / CBO / CBO

22-Número no CBO

23-Código CNES

24-UF

25-Código CBO S

26-UF

27-Número no CBO

28-UF

29-Código CBO S

30-UF

31-Valor

32-Fratura/Co-participação R\$

33-Data de Realização

34-Motivo da Guisa

35-Assinatura

36-UF

37-Valor

38-Fratura/Co-participação R\$

39-Data de Realização

40-Motivo da Guisa

41-Assinatura

42-UF

43-Valor

44-Fratura/Co-participação R\$

45-Data de Realização

46-Motivo da Guisa

47-Assinatura

48-UF

49-Valor

50-Fratura/Co-participação R\$

51-Data de Realização

52-Motivo da Guisa

53-Assinatura

54-UF

55-Valor

56-Fratura/Co-participação R\$

57-Data de Realização

58-Motivo da Guisa

59-Assinatura

60-UF

61-Valor

62-Fratura/Co-participação R\$

63-Data de Realização

64-Motivo da Guisa

65-Assinatura

66-UF

67-Valor

68-Fratura/Co-participação R\$

69-Data de Realização

70-Motivo da Guisa

71-Assinatura

72-UF

73-Valor

74-Fratura/Co-participação R\$

75-Data de Realização

76-Motivo da Guisa

77-Assinatura

78-UF

79-Valor

80-Fratura/Co-participação R\$

81-Data de Realização

82-Motivo da Guisa

83-Assinatura

84-UF

85-Valor

86-Fratura/Co-participação R\$

87-Data de Realização

88-Motivo da Guisa

89-Assinatura

90-UF

91-Valor

92-Fratura/Co-participação R\$

93-Data de Realização

94-Motivo da Guisa

95-Assinatura

96-UF

97-Valor

98-Fratura/Co-participação R\$

99-Data de Realização

100-Motivo da Guisa

101-Assinatura

102-UF

103-Valor

104-Fratura/Co-participação R\$

105-Data de Realização

106-Motivo da Guisa

107-Assinatura

108-UF

109-Valor

110-Fratura/Co-participação R\$

111-Data de Realização

112-Motivo da Guisa

113-Assinatura

114-UF

115-Valor

116-Fratura/Co-participação R\$

117-Data de Realização

118-Motivo da Guisa

119-Assinatura

120-UF

121-Valor

122-Fratura/Co-participação R\$

123-Data de Realização

124-Motivo da Guisa

125-Assinatura

126-UF

127-Valor

128-Fratura/Co-participação R\$

129-Data de Realização

130-Motivo da Guisa

131-Assinatura

132-UF

133-Valor

134-Fratura/Co-participação R\$

135-Data de Realização

136-Motivo da Guisa

137-Assinatura

138-UF

139-Valor

140-Fratura/Co-participação R\$

141-Data de Realização

142-Motivo da Guisa

143-Assinatura

144-UF

145-Valor

146-Fratura/Co-participação R\$

147-Data de Realização

148-Motivo da Guisa

149-Assinatura

150-UF

151-Valor

152-Fratura/Co-participação R\$

153-Data de Realização

154-Motivo da Guisa

155-Assinatura

156-UF

157-Valor

158-Fratura/Co-participação R\$

159-Data de Realização

160-Motivo da Guisa

161-Assinatura

162-UF

163-Valor

164-Fratura/Co-participação R\$

165-Data de Realização

166-Motivo da Guisa

167-Assinatura

168-UF

169-Valor

170-Fratura/Co-participação R\$

171-Data de Realização

172-Motivo da Guisa

173-Assinatura

174-UF

175-Valor

176-Fratura/Co-participação R\$

177-Data de Realização

178-Motivo da Guisa

179-Assinatura

180-UF

181-Valor

182-Fratura/Co-participação R\$

183-Data de Realização

184-Motivo da Guisa

185-Assinatura

186-UF

187-Valor

188-Fratura/Co-participação R\$

189-Data de Realização

190-Motivo da Guisa

191-Assinatura

192-UF

193-Valor

194-Fratura/Co-participação R\$

195-Data de Realização

196-Motivo da Guisa

197-Assinatura

198-UF

199-Valor

200-Fratura/Co-participação R\$

201-Data de Realização

202-Motivo da Guisa

203-Assinatura

204-UF

205-Valor

206-Fratura/Co-participação R\$

207-Data de Realização

208-Motivo da Guisa

209-Assinatura

210-UF

211-Valor

212-Fratura/Co-participação R\$

213-Data de Realização

214-Motivo da Guisa

215-Assinatura

216-UF

217-Valor

218-Fratura/Co-participação R\$

219-Data de Realização

220-Motivo da Guisa

221-Assinatura

222-UF

223-Valor

224-Fratura/Co-participação R\$

225-Data de Realização

226-Motivo da Guisa

227-Assinatura

228-UF

229-Valor

230-Fratura/Co-participação R\$

231-Data de Realização

232-Motivo da Guisa

233-Assinatura

234-UF

235-Valor

236-Fratura/Co-participação R\$

237-Data de Realização

238-Motivo da Guisa

239-Assinatura

240-UF

241-Valor

242-Fratura/Co-participação R\$

243-Data de Realização

244-Motivo da Guisa

245-Assinatura

246-UF

247-Valor

248-Fratura/Co-participação R\$

249-Data de Realização

250-Motivo da Guisa

251-Assinatura

252-UF

253-Valor

254-Fratura/Co-participação R\$

255-Data de Realização

256-Motivo da Guisa

257-Assinatura

258-UF

259-Valor

260-Fratura/Co-participação R\$

261-Data de Realização

262-Motivo da Guisa

263-Assinatura

264-UF

265-Valor

266-Fratura/Co-participação R\$

267-Data de Realização

268-Motivo da Guisa

269-Assinatura

270-UF

271-Valor

272-Fratura/Co-participação R\$

273-Data de Real



357042
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/08 11/20	4-Data de Autorização 11/04/08 11/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184115	7-Data Validade da Série 11/12/11 11/20
8-Data de Benefício	9-Número da Carteira 00031700000230422411	10-Tipo POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONARDO BELIDIO DE PAULA BAPTISTA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano LEONARDO BELIDIO DE PAULA BAPTISTA					
16-Atendimento a PR N					
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
18-Número no CRO 31121					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operação / CBO / CIP 10561815360070031					
22-Nome do Consultório Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
23-Número no CRO 31121					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
27-Número no CRO 31121					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
30-Fratura/Co-participação R\$					
31-Valor da Realização					
32-Data de Realização					
33-Valor da Realização					
34-Valor da Realização					
35-Valor da Realização					
36-Valor da Realização					
37-Valor da Realização					
38-Valor da Realização					
39-Valor da Realização					
40-Valor da Realização					
41-Valor da Realização					
42-Valor da Realização					
43-Valor da Realização					
44-Valor da Realização					
45-Valor da Realização					
46-Valor da Realização					
47-Valor da Realização					
48-Valor da Realização					
49-Valor da Realização					
50-Valor da Realização					
51-Valor da Realização					
52-Valor da Realização					
53-Valor da Realização					
54-Valor da Realização					
55-Valor da Realização					
56-Valor da Realização					
57-Valor da Realização					
58-Valor da Realização					
59-Valor da Realização					
60-Valor da Realização					
61-Valor da Realização					
62-Valor da Realização					
63-Valor da Realização					
64-Valor da Realização					
65-Valor da Realização					
66-Valor da Realização					
67-Valor da Realização					
68-Valor da Realização					
69-Valor da Realização					
70-Valor da Realização					
71-Valor da Realização					
72-Valor da Realização					
73-Valor da Realização					
74-Valor da Realização					
75-Valor da Realização					
76-Valor da Realização					
77-Valor da Realização					
78-Valor da Realização					
79-Valor da Realização					
80-Valor da Realização					
81-Valor da Realização					
82-Valor da Realização					
83-Valor da Realização					
84-Valor da Realização					
85-Valor da Realização					
86-Valor da Realização					
87-Valor da Realização					
88-Valor da Realização					
89-Valor da Realização					
90-Valor da Realização					
91-Valor da Realização					
92-Valor da Realização					
93-Valor da Realização					
94-Valor da Realização					
95-Valor da Realização					
96-Valor da Realização					
97-Valor da Realização					
98-Valor da Realização					
99-Valor da Realização					
100-Valor da Realização					

Paula



1-Registro AINS 406614	3-Data de Emissão da Guia 11/04/09 11/20	4-Data de Autenticação 15/10/09 11/20	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191061	7-Data Validade da Santa 13/11/12 11/20
---------------------------	---	--	-----------------------	--	--

374547
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0000379994064141338	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APARECIDA SIQUEIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 702801610400260
13-Nome LYVIA SIQUEIRA BARRA	14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano APARECIDA SIQUEIRA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aprendizado a RH N	17-Nome do Profissional Contratado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
21-Código na Operadora (CNPJ - CIP) 05685360703	22-Nome do Contratado e beneficiário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
26-Nome da Profissional contratada MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121
28-UF RJ	29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

30-Item	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Nome da Gossa	42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,10	0,00			09/11/20		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,10	0,00			09/11/20		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,10	0,00			09/11/20		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,10	0,00			09/11/20		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,10	0,00			09/11/20		
6	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				75,10	0,00			09/11/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela	46-Total Quantizado US 3147,10	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(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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 13/10/09 11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/10/09 11/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 23/10/191210	4-Data de Autorização 23/10/191210	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50193728	7-Data Validade da Santa 12/11/121210	381507 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	--	-----------------------

8-Número da Carteira 01013170000000911786210	9-Santa 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 704601656398925
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome MARIA JOSE BARBOSA XAVIER	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do plano MARIA JOSE BARBOSA XAVIER
--------------------------------------	--------------------	--

16-Endereço a R/R N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código de Operadora / CNU / CIP 056853607103	22-Nome do Contratado Escalante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES 31121
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Escalante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-1-Indice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregião	34-Faixa	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Veloc	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Modo da Gota	42-Assinatura
-------------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-----------------	---------------

1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
3-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
4-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
5-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
6-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
7-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
8-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
9-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
10-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
11-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
12-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
13-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
14-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				
15-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6				

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Oncoforma	4-Implante/Emergência
---------------------------	---------------------	-------------	-----------------------

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
---	---	---	-------------------------------------

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



385666
INTERCÂMBIO

1º-Região ANS 406414		3º-Dia de Emissão do Guia 29/10/1991		4º-Dia de Autenticação 02/11/10/12/10		5º-Série AUTORIZADO		6º-Número da Guia Principal 50195764		7º-Dia Validade da Série 12/8/112/12/10	
8-Número da Carteira 00379994064572860		9-Palco POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700906957203391		13-Data Validade da Série 12/8/112/12/10	
14-Nome MARILIA DA SILVA		15-Data de Conclusão / Provisória pelo Tratamento 01/07/1964		16-Teléfono () - - - - -		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121		19-UF RJ	
20-Endereço a R/R MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		21-Código de Operadora / CRO / CIP 05685360703		22-Nome do Contratado / Incalculável MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Incalculável MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Franchise/Co-participação R\$		31-Aut 40-Data de Realização	
32-1º Dia 31-Código do Procedimento 00081000030		33-Operação CONSULTA ODONTOLÓGICA		34-Franchise 35-CID 36-Quantidade US		37-Velocidade		38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut 40-Data de Realização	
38-1º Dia 39-Código do Procedimento 00081000030		40-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		41-Franchise 42-CID 43-Quantidade US		44-Velocidade		45-Franchise/Co-participação R\$		46-Aut 47-Data de Realização	
40-1º Dia 41-Código do Procedimento 00081000030		42-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		43-Franchise 44-CID 45-Quantidade US		46-Velocidade		47-Franchise/Co-participação R\$		48-Aut 49-Data de Realização	
42-1º Dia 43-Código do Procedimento 00081000030		44-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		45-Franchise 46-CID 47-Quantidade US		48-Velocidade		49-Franchise/Co-participação R\$		50-Aut 51-Data de Realização	
44-1º Dia 45-Código do Procedimento 00081000030		46-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		47-Franchise 48-CID 49-Quantidade US		50-Velocidade		51-Franchise/Co-participação R\$		52-Aut 53-Data de Realização	
46-1º Dia 47-Código do Procedimento 00081000030		48-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		49-Franchise 50-CID 51-Quantidade US		52-Velocidade		53-Franchise/Co-participação R\$		54-Aut 55-Data de Realização	
48-1º Dia 49-Código do Procedimento 00081000030		50-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		51-Franchise 52-CID 53-Quantidade US		54-Velocidade		55-Franchise/Co-participação R\$		56-Aut 57-Data de Realização	
50-1º Dia 51-Código do Procedimento 00081000030		52-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		53-Franchise 54-CID 55-Quantidade US		56-Velocidade		57-Franchise/Co-participação R\$		58-Aut 59-Data de Realização	
52-1º Dia 53-Código do Procedimento 00081000030		54-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		55-Franchise 56-CID 57-Quantidade US		58-Velocidade		59-Franchise/Co-participação R\$		60-Aut 61-Data de Realização	
54-1º Dia 55-Código do Procedimento 00081000030		56-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		57-Franchise 58-CID 59-Quantidade US		60-Velocidade		61-Franchise/Co-participação R\$		62-Aut 63-Data de Realização	
56-1º Dia 57-Código do Procedimento 00081000030		58-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		59-Franchise 60-CID 61-Quantidade US		62-Velocidade		63-Franchise/Co-participação R\$		64-Aut 65-Data de Realização	
58-1º Dia 59-Código do Procedimento 00081000030		60-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		61-Franchise 62-CID 63-Quantidade US		64-Velocidade		65-Franchise/Co-participação R\$		66-Aut 67-Data de Realização	
60-1º Dia 61-Código do Procedimento 00081000030		62-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		63-Franchise 64-CID 65-Quantidade US		66-Velocidade		67-Franchise/Co-participação R\$		68-Aut 69-Data de Realização	
62-1º Dia 63-Código do Procedimento 00081000030		64-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		65-Franchise 66-CID 67-Quantidade US		68-Velocidade		69-Franchise/Co-participação R\$		70-Aut 71-Data de Realização	
64-1º Dia 65-Código do Procedimento 00081000030		66-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		67-Franchise 68-CID 69-Quantidade US		70-Velocidade		71-Franchise/Co-participação R\$		72-Aut 73-Data de Realização	
66-1º Dia 67-Código do Procedimento 00081000030		68-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		69-Franchise 70-CID 71-Quantidade US		72-Velocidade		73-Franchise/Co-participação R\$		74-Aut 75-Data de Realização	
68-1º Dia 69-Código do Procedimento 00081000030		70-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		71-Franchise 72-CID 73-Quantidade US		74-Velocidade		75-Franchise/Co-participação R\$		76-Aut 77-Data de Realização	
70-1º Dia 71-Código do Procedimento 00081000030		72-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		73-Franchise 74-CID 75-Quantidade US		76-Velocidade		77-Franchise/Co-participação R\$		78-Aut 79-Data de Realização	
72-1º Dia 73-Código do Procedimento 00081000030		74-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		75-Franchise 76-CID 77-Quantidade US		78-Velocidade		79-Franchise/Co-participação R\$		80-Aut 81-Data de Realização	
74-1º Dia 75-Código do Procedimento 00081000030		76-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		77-Franchise 78-CID 79-Quantidade US		80-Velocidade		81-Franchise/Co-participação R\$		82-Aut 83-Data de Realização	
76-1º Dia 77-Código do Procedimento 00081000030		78-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		79-Franchise 80-CID 81-Quantidade US		82-Velocidade		83-Franchise/Co-participação R\$		84-Aut 85-Data de Realização	
78-1º Dia 79-Código do Procedimento 00081000030		80-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		81-Franchise 82-CID 83-Quantidade US		84-Velocidade		85-Franchise/Co-participação R\$		86-Aut 87-Data de Realização	
80-1º Dia 81-Código do Procedimento 00081000030		82-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		83-Franchise 84-CID 85-Quantidade US		86-Velocidade		87-Franchise/Co-participação R\$		88-Aut 89-Data de Realização	
82-1º Dia 83-Código do Procedimento 00081000030		84-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		85-Franchise 86-CID 87-Quantidade US		88-Velocidade		89-Franchise/Co-participação R\$		90-Aut 91-Data de Realização	
84-1º Dia 85-Código do Procedimento 00081000030		86-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		87-Franchise 88-CID 89-Quantidade US		90-Velocidade		91-Franchise/Co-participação R\$		92-Aut 93-Data de Realização	
86-1º Dia 87-Código do Procedimento 00081000030		88-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		89-Franchise 90-CID 91-Quantidade US		92-Velocidade		93-Franchise/Co-participação R\$		94-Aut 95-Data de Realização	
88-1º Dia 89-Código do Procedimento 00081000030		90-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		91-Franchise 92-CID 93-Quantidade US		94-Velocidade		95-Franchise/Co-participação R\$		96-Aut 97-Data de Realização	
90-1º Dia 91-Código do Procedimento 00081000030		92-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		93-Franchise 94-CID 95-Quantidade US		96-Velocidade		97-Franchise/Co-participação R\$		98-Aut 99-Data de Realização	
92-1º Dia 93-Código do Procedimento 00081000030		94-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		95-Franchise 96-CID 97-Quantidade US		98-Velocidade		99-Franchise/Co-participação R\$		100-Aut 101-Data de Realização	
94-1º Dia 95-Código do Procedimento 00081000030		96-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		97-Franchise 98-CID 99-Quantidade US		100-Velocidade		101-Franchise/Co-participação R\$		102-Aut 103-Data de Realização	
96-1º Dia 97-Código do Procedimento 00081000030		98-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		99-Franchise 100-CID 101-Quantidade US		102-Velocidade		103-Franchise/Co-participação R\$		104-Aut 105-Data de Realização	
98-1º Dia 99-Código do Procedimento 00081000030		100-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		101-Franchise 102-CID 103-Quantidade US		104-Velocidade		105-Franchise/Co-participação R\$		106-Aut 107-Data de Realização	
100-1º Dia 101-Código do Procedimento 00081000030		102-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		103-Franchise 104-CID 105-Quantidade US		106-Velocidade		107-Franchise/Co-participação R\$		108-Aut 109-Data de Realização	
102-1º Dia 103-Código do Procedimento 00081000030		104-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		105-Franchise 106-CID 107-Quantidade US		108-Velocidade		109-Franchise/Co-participação R\$		110-Aut 111-Data de Realização	
104-1º Dia 105-Código do Procedimento 00081000030		106-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		107-Franchise 108-CID 109-Quantidade US		110-Velocidade		111-Franchise/Co-participação R\$		112-Aut 113-Data de Realização	
106-1º Dia 107-Código do Procedimento 00081000030		108-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		109-Franchise 110-CID 111-Quantidade US		112-Velocidade		113-Franchise/Co-participação R\$		114-Aut 115-Data de Realização	
108-1º Dia 109-Código do Procedimento 00081000030		110-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		111-Franchise 112-CID 113-Quantidade US		114-Velocidade		115-Franchise/Co-participação R\$		116-Aut 117-Data de Realização	
110-1º Dia 111-Código do Procedimento 00081000030		112-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		113-Franchise 114-CID 115-Quantidade US		116-Velocidade		117-Franchise/Co-participação R\$		118-Aut 119-Data de Realização	
112-1º Dia 113-Código do Procedimento 00081000030		114-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		115-Franchise 116-CID 117-Quantidade US		118-Velocidade		119-Franchise/Co-participação R\$		120-Aut 121-Data de Realização	
114-1º Dia 115-Código do Procedimento 00081000030		116-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		117-Franchise 118-CID 119-Quantidade US		120-Velocidade		121-Franchise/Co-participação R\$		122-Aut 123-Data de Realização	
116-1º Dia 117-Código do Procedimento 00081000030		118-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		119-Franchise 120-CID 121-Quantidade US		122-Velocidade		123-Franchise/Co-participação R\$		124-Aut 125-Data de Realização	
118-1º Dia 119-Código do Procedimento 00081000030		120-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		121-Franchise 122-CID 123-Quantidade US		124-Velocidade		125-Franchise/Co-participação R\$		126-Aut 127-Data de Realização	
120-1º Dia 121-Código do Procedimento 00081000030		122-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		123-Franchise 124-CID 125-Quantidade US		126-Velocidade		127-Franchise/Co-participação R\$		128-Aut 129-Data de Realização	
122-1º Dia 123-Código do Procedimento 00081000030		124-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		125-Franchise 126-CID 127-Quantidade US		128-Velocidade		129-Franchise/Co-participação R\$		130-Aut 131-Data de Realização	
124-1º Dia 125-Código do Procedimento 00081000030		126-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		127-Franchise 128-CID 129-Quantidade US		130-Velocidade		131-Franchise/Co-participação R\$		132-Aut 133-Data de Realização	
126-1º Dia 127-Código do Procedimento 00081000030		128-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		129-Franchise 130-CID 131-Quantidade US		132-Velocidade		133-Franchise/Co-participação R\$		134-Aut 135-Data de Realização	
128-1º Dia 129-Código do Procedimento 00081000030		130-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		131-Franchise 132-CID 133-Quantidade US		134-Velocidade		135-Franchise/Co-participação R\$		136-Aut 137-Data de Realização	
130-1º Dia 131-Código do Procedimento 00081000030		132-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		133-Franchise 134-CID 135-Quantidade US		136-Velocidade		137-Franchise/Co-participação R\$		138-Aut 139-Data de Realização	
132-1º Dia 133-Código do Procedimento 00081000030		134-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		135-Franchise 136-CID 137-Quantidade US		138-Velocidade		139-Franchise/Co-participação R\$		140-Aut 141-Data de Realização	
134-1º Dia 135-Código do Procedimento 00081000030		136-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		137-Franchise 138-CID 139-Quantidade US		140-Velocidade		141-Franchise/Co-participação R\$		142-Aut 143-Data de Realização	
136-1º Dia 137-Código do Procedimento 00081000030		138-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		139-Franchise 140-CID 141-Quantidade US		142-Velocidade		143-Franchise/Co-participação R\$		144-Aut 145-Data de Realização	
138-1º Dia 139-Código do Procedimento 00081000030		140-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		141-Franchise 142-CID 143-Quantidade US		144-Velocidade		145-Franchise/Co-participação R\$		146-Aut 147-Data de Realização	
140-1º Dia 141-Código do Procedimento 00081000030		142-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		143-Franchise 144-CID 145-Quantidade US		146-Velocidade		147-Franchise/Co-participação R\$		148-Aut 149-Data de Realização	
142-1º Dia 143-Código do Procedimento 00081000030		144-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		145-Franchise 146-CID 147-Quantidade US		148-Velocidade		149-Franchise/Co-participação R\$		150-Aut 151-Data de Realização	
144-1º Dia 145-Código do Procedimento 00081000030		146-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		147-Franchise 148-CID 149-Quantidade US		150-Velocidade		151-Franchise/Co-participação R\$		152-Aut 153-Data de Realização	
146-1º Dia 147-Código do Procedimento 00081000030		148-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		149-Franchise 150-CID 151-Quantidade US		152-Velocidade		153-Franchise/Co-participação R\$		154-Aut 155-Data de Realização	
148-1º Dia 149-Código do Procedimento 00081000030		150-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		151-Franchise 152-CID 153-Quantidade US		154-Velocidade		155-Franchise/Co-participação R\$		156-Aut 157-Data de Realização	
150-1º Dia 151-Código do Procedimento 00081000030		152-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		153-Franchise 154-CID 155-Quantidade US		156-Velocidade		157-Franchise/Co-participação R\$		158-Aut 159-Data de Realização	
152-1º Dia 153-Código do Procedimento 00081000030		154-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		155-Franchise 156-CID 157-Quantidade US		158-Velocidade		159-Franchise/Co-participação R\$		160-Aut 161-Data de Realização	
154-1º Dia 155-Código do Procedimento 00081000030		156-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		157-Franchise 158-CID 159-Quantidade US		160-Velocidade		161-Franchise/Co-participação R\$		162-Aut 163-Data de Realização	
156-1º Dia 157-Código do Procedimento 00081000030		158-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		159-Franchise 160-CID 161-Quantidade US		162-Velocidade		163-Franchise/Co-participação R\$		164-Aut 165-Data de Realização	
158-1º Dia 159-Código do Procedimento 00081000030		160-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		161-Franchise 162-CID 163-Quantidade US		164-Velocidade		165-Franchise/Co-participação R\$		166-Aut 167-Data de Realização	
160-1º Dia 161-Código do Procedimento 00081000030		162-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		163-Franchise 164-CID 165-Quantidade US		166-Velocidade		167-Franchise/Co-participação R\$		168-Aut 169-Data de Realização	
162-1º Dia 163-Código do Procedimento 00081000030		164-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		165-Franchise 166-CID 167-Quantidade US		168-Velocidade		169-Franchise/Co-participação R\$		170-Aut 171-Data de Realização	
164-1º Dia 165-Código do Procedimento 00081000030		166-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		167-Franchise 168-CID 169-Quantidade US		170-Velocidade		171-Franchise/Co-participação R\$		172-Aut 173-Data de Realização	
166-1º Dia 167-Código do Procedimento 00081000030		168-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		169-Franchise 170-CID 171-Quantidade US		172-Velocidade		173-Franchise/Co-participação R\$		174-Aut 175-Data de Realização	
168-1º Dia 169-Código do Procedimento 00081000030		170-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		171-Franchise 172-CID 173-Quantidade US		174-Velocidade		175-Franchise/Co-participação R\$		176-Aut 177-Data de Realização	
170-1º Dia 171-Código do Procedimento 00081000030		172-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		173-Franchise 174-CID 175-Quantidade US		176-Velocidade		177-Franchise/Co-participação R\$		178-Aut 179-Data de Realização	
172-1º Dia 173-Código do Procedimento 00081000030		174-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		175-Franchise 176-CID 177-Quantidade US		178-Velocidade		179-Franchise/Co-participação R\$		180-Aut 181-Data de Realização	
174-1º Dia 175-Código do Procedimento 00081000030		176-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A		177-Franchise 178-CID 179-Quantidade US		180-Velocidade		181-Franchise/Co-participação R\$		182-Aut 183-Data de Realização	
176-1º Dia 177-Código do Procedimento 00081000030		178-Operação CIRURGIA PERIODONTAL A									

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10	4-Data de Autuação 10/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195766	7-Data Validade da Santa 12/08/12	385670 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------	-----------------------

8-Nome do Beneficiário MARILIA DA SILVA	9-Nome da Cópia MARILIA DA SILVA	10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Endereço UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	12-Data Validade da Cópia 10/10/7/1964	13-Data Validade da Cópia 10/10/7/1964	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Cópia MARILIA DA SILVA	16-Número do Cartão Nacional de Saúde 700906957203391
--	-------------------------------------	------------------------------------	--	---	---	------------------------------	---	--

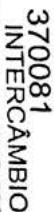
17-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	19-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	20-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	21-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	22-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	24-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	25-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	26-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	28-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	29-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	30-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	31-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	32-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	33-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	34-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	35-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	36-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	37-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	38-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	39-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	40-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	41-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	42-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	43-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	44-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	45-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	46-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	47-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	48-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	49-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	50-Endereço do Profissional MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/10	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 12/09/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/09/10
---	---	--

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/10	55-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 12/09/10	56-Data, local e Assinatura da Empresa 12/09/10
---	---	--



52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/11/2019, 20h em São Paulo

2-N⁺

Dados do Beneficiário

13-NormDados do Contraste Transportes para 11/01/201521. Código na Oper:26-Nome do Profissional Frequentante

Plano de Instruimento / Procedimento Socializado

○ ○ ○

1210.0118

10

16-111

1

777-6

11

—

11

Summary of Findings

atio. Decario, ainc

2

Local e Assinatura de

370085
INTERCÂMBIOude[illegible]

41-Motivo da Glosa 42-Ass

2011/10/182011.11.11

— 111 —

48-Total Franquia / Co-participação _____

que assina esse documento

METODAS.

1

2. **2**



5

2. Os preços e os custos conforme previsto em contrato;

... profissional assistente e arcar com os custos previstos em

50-Dados, local e Assinatura do Curador-Dentista Solicitante

51. Not a local association of

[illegible]

Oxantolife
S. 000 09 14 70 (02) 4 66 81 12 89

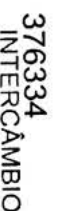
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



375803
INTERCÂMBIO

[illegible]

376334
INTERCÂMBIO

vide

Journal of Management Education 36(7) 809-824

1000

41. Mollvo da Giosa 42-43

31112

11

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

— 111 —

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

[illegible]

11

[illegible]48-Total Franquia / Co-participa[illegible]

ado que assina esse docume

15 JULY 2004

1888

1001

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N⁺376364
INTERCÂMBIO

1-Regime ANS 406414	3-Dias de Estímulo da Guia 15/10/2019/20	4-Dias de Autorização 15/10/2019/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Quilómetros da Guia Principal 50191762	7-Quilómetros Validados da Sentença 15/11/2019/20
------------------------	---	--	--------------------------	---	--

6-Número da Carteira	0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 0 2 2 1 6 4
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	RÉGINA CELIA C B DA COSTA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional	

13-Nome REGINA CELIA CAMPOS BARONI DA COSTA	27/03/1954
14-Telefono ()	
15-Nome do filial do plano REGINA CELIA CAMPOS BARONI DA CO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		801 - Faturar Empresa	
16-Matriculação e NH N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CDE / J / C / F 10,5,6,8,5,3,6,0,7,0,3,1,1,1	22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S 31121
Tipo de Tratamento / Procedimentos Solicitados			

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Frise	35-Ord	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	13	V	1	90,00	0,00	0,00	5	05/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Amoldamento		45-Tipo de Fracionamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
		1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxerto		1-Total 2-Parcial		90,00		0,00				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Oportuna 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 Societário

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1) A - *Corpo de Fiança de*
Coza



385519
INTERCÂMBIO

Integrado para softs

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/09/2012 3-Data de Autorização 10/11/2012 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50195723 6-Data de Validade da Guia 12/08/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0003700000311849574 9-Cidade POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data de Validade da Carteira 70207157640060 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome REGINA PEIGAS ROQUE 14-Telefone 15-Nome do titular do plano REGINA PEIGAS ROQUE 16-Endereço e RP 17-Nome do Prestador de Serviço MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CBO / CPE 05685360703 22-Nome do Contratado Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Prestador Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Data de Tratamento / Procedimento Substituído

30-Tipo de Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Autorização
1	0101810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	147	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2	0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	175	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3	0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	175	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4	0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	175	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5	0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	175	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 4 7 10 10	10,00	

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

49-Observação

50-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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 01/11/10 4-Data de Autorização 01/11/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50196201 7-Data Validade da Série 13/10/11 8-Data Validade da Guia 12/12/10

387314
INTERCÂMBIO

9-Número de Carteira 0003700000311849574

10-Empresa POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702707157640060

13-Nome REGINA PEIGAS ROQUE

14-Telefone () 07/02/1998

15-Nome do titular do plano REGINA PEIGAS ROQUE

16-Abandono a TN N 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO 31121

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CUP / CUP 05685360703111

22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Número no CRO 31121

24-UF RJ

25-Código CIES

Enviar - RX
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Número no CRO 31121

28-UF RJ

29-Código CBO S

(I) 85100200

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição 33-Dental Regio 34-Faixa 35-COD 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Autorização

1-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 46 VO 111300 1000 1414020

2-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

3-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

4-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

5-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

6-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

7-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

8-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

9-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

10-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

11-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

12-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

13-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

14-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

15-00085100200 RESTAURAÇÃO RESINA 16 VO 111300 1000 1414020

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Abandono 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-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.

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-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.

55-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.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/09	4-Data de Autorização 11/09/09	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192266	7-Data Validade da Série 11/06/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 010379994065451608	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706400625413482
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome ROBERTA MUNIZ DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA DA SILVA
-----------------------------------	------------------------------	---

16-Endereço e RP MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	17-Nome do Prestador Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código de Operadora / CNU / CPE 005685360703	22-Nome do Contratado Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Prestador e Incidência MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denário/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47	00	0,00	0,00	51	20/11/09	20	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



Trabalhe para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



387822
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 408414 2-Dados de Emissão da Guia 01/11/2012 3-Data de Autorização 02/11/2012 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50196450 6-Data Validade da Série 31/01/2012 7-Data Validade da Guia 31/01/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0103170000029923118 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa R RIO DISTRIBUIDOR 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702409052049324

13-Nome ROGERIO MESSIAS DA LUZ 14-Telefone () 14/01/1973 15-Nome do titular do plano ROGERIO MESSIAS DA LUZ

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a 191 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CBO / CIP

05685360703 22-Nome do Contratado Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Solicitante

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Partes do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Fios	35-CM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Carga	42-Valor Unit
1	010811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,10	0,00					5105140130
2	010853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,00					5105140120
3	010853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,00					5105140120
4	010853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,00					5105140120
5	010853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,00					5105140120
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	347,10	347,10	0,00							

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, 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 Consultado-Dentista Solicitante

10/15/11 11/01/11 31/01

51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista

10/15/11 11/01/11 31/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/15/11 11/01/11 31/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa



Só-Dente, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Days local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

UJ/LU/LU



384454
INTERCÂMBIO

De

1101

41-Motivo da Glosa 42-Asy

20111112

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

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

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

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

— — — — —

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

410- Total Franquia / Co-participação

que assina esse documento,

[illegible]

--

2-N-

[illegible]

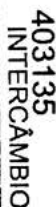


FOTO NAMEB. - (OK)

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414		2-Dados de Emissão da Guia 12/8//09/12/01		3-Data de Autenticação 12/8//09/12/01		4-Santa AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 50194868		6-Data Validade da Santa 12/7//112//12/01		
Dados do Beneficiário		8-Nome da Carteira 10 0 3 7 9 9 9 4 0 6 1 9 2 7 2 7 6		9-Estado POS REDE PRESTADORA		10-Endereço APEFRIIO PLPART		11-IDM Validade da Carteira / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704004315719460		
13-Nome SIMONE ALVES GOMES		28/01/1978		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano SIMONE ALVES GOMES						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alimentação e RM N		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRM 31121		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CBO J / CFS 10 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3		22-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRM 31121		24-UF RJ		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRM 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S						
Preencher de Tratamento / Procedimentos Substituídos												
30 Total	31-Código do Procedimento	32-Ocorrência	33-Diaria/Régio	34-Fee	35-QID	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1.	10 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0,10	0,10	S	20/11/2010		[Assinatura]
2.	10 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,10	0,10	0,10	S	20/11/2010		[Assinatura]
3.	10 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,10	0,10	0,10	S	20/11/2010		[Assinatura]
4.	10 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,10	0,10	0,10	S	20/11/2010		[Assinatura]
5.	10 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,10	0,10	0,10	S	20/11/2010		[Assinatura]
6.	/ / / / /											
7.	/ / / / /											
8.	/ / / / /											
9.	/ / / / /											
10.	/ / / / /											
11.	/ / / / /											
12.	/ / / / /											
13.	/ / / / /											
14.	/ / / / /											
15.	/ / / / /											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ / / / /		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Totais 2-Parcial		347,10		0,10		0,10		

Declaro, que após ter sido devidamente asseverado 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/viram 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-Ocorrência

50-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2.4.5



15/01/2020

[illegible]



1-Região ANS 4064.14		3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012		4-Data de Autenticação 08/11/2012		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50197654		7-Data Validade da Santa 05/10/12	
8-Data de Beneficiário 00/03/79		9-Número de Carteira 0379194065520251		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 06/05/1981		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705407424809999		13-Data Validade da Santa 05/10/12	
14-Nome THAYS GABRIEL BARRETO DA CRUZ											
15-Endereço THAYS GABRIEL BARRETO DA CRUZ											
16-Endereço e Rm MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
18-Endereço e Rm MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
19-Código no Operador / CNPJ / CPF 056185360703											
20-Nome do Profissional e Inscrição MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
21-Código no Operador / CNPJ / CPF 056185360703											
22-Nome do Profissional e Inscrição MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
23-Número no CRO 31121											
24-UF RJ											
25-Código CBO S 801 - Faturar Empresa											
26-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado											
27-Data de Realização											
28-Data de Realização											
29-Data de Realização											
30-Data de Realização											
31-Data de Realização											
32-Data de Realização											
33-Data de Realização											
34-Data de Realização											
35-Data de Realização											
36-Data de Realização											
37-Data de Realização											
38-Data de Realização											
39-Data de Realização											
40-Data de Realização											
41-Data de Realização											
42-Data de Realização											
43-Data de Realização											
44-Data de Realização											
45-Data de Realização											
46-Data de Realização											
47-Data de Realização											
48-Data de Realização											
49-Data de Realização											
50-Data de Realização											
51-Data de Realização											
52-Data de Realização											
53-Data de Realização											
54-Data de Realização											
55-Data de Realização											
56-Data de Realização											
57-Data de Realização											
58-Data de Realização											
59-Data de Realização											
60-Data de Realização											
61-Data de Realização											
62-Data de Realização											
63-Data de Realização											
64-Data de Realização											
65-Data de Realização											
66-Data de Realização											
67-Data de Realização											
68-Data de Realização											
69-Data de Realização											
70-Data de Realização											
71-Data de Realização											
72-Data de Realização											
73-Data de Realização											
74-Data de Realização											
75-Data de Realização											
76-Data de Realização											
77-Data de Realização											
78-Data de Realização											
79-Data de Realização											
80-Data de Realização											
81-Data de Realização											
82-Data de Realização											
83-Data de Realização											
84-Data de Realização											
85-Data de Realização											
86-Data de Realização											
87-Data de Realização											
88-Data de Realização											
89-Data de Realização											
90-Data de Realização											
91-Data de Realização											
92-Data de Realização											
93-Data de Realização											
94-Data de Realização											
95-Data de Realização											
96-Data de Realização											
97-Data de Realização											
98-Data de Realização											
99-Data de Realização											
100-Data de Realização											

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

43-Data Prescrita Termino do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tota Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Tota Franquia / Co-participação R\$	
		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1347,00		10,00			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário											
52-Data, local e Assinatura do Profissional											
53-Data, local e Cartão da Empresa											



396526
INTERCÂMBIO

1-Região ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia

15/11/2012

4-Dia de Autorização

15/11/2012

5-Série

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

50199150

7-Dia Validade da Série

13/10/12

8-Número da Carteira

1003170101010312115119129

9-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

10-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

11-Dia Validade da Carteira

13/10/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

1003170101010312115119129

13-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

14-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

15-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

16-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

17-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

18-Endereço

POS REDE PRESTADORA

19-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

20-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

21-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

22-Endereço

POS REDE PRESTADORA

23-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

24-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

25-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

26-Endereço

POS REDE PRESTADORA

27-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

28-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

29-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

30-Endereço

POS REDE PRESTADORA

31-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

32-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

33-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

34-Endereço

POS REDE PRESTADORA

35-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

36-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

37-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

38-Endereço

POS REDE PRESTADORA

39-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

40-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

41-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

42-Endereço

POS REDE PRESTADORA

43-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

44-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

45-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

46-Endereço

POS REDE PRESTADORA

47-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

48-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

49-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

50-Endereço

POS REDE PRESTADORA

51-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

52-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

53-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

54-Endereço

POS REDE PRESTADORA

55-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

56-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

57-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

58-Endereço

POS REDE PRESTADORA

59-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

60-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

61-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

62-Endereço

POS REDE PRESTADORA

63-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

64-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

65-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

66-Endereço

POS REDE PRESTADORA

67-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

68-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

69-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

70-Endereço

POS REDE PRESTADORA

71-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

72-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

73-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

74-Endereço

POS REDE PRESTADORA

75-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

76-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

77-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

78-Endereço

POS REDE PRESTADORA

79-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

80-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

81-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

82-Endereço

POS REDE PRESTADORA

83-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

84-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

85-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

86-Endereço

POS REDE PRESTADORA

87-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

88-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

89-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

90-Endereço

POS REDE PRESTADORA

91-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

92-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

93-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

94-Endereço

POS REDE PRESTADORA

95-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

96-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

97-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

98-Endereço

POS REDE PRESTADORA

99-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

100-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

101-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

102-Endereço

POS REDE PRESTADORA

103-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

104-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

105-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

106-Endereço

POS REDE PRESTADORA

107-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

108-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

109-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

110-Endereço

POS REDE PRESTADORA

111-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

112-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

113-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

114-Endereço

POS REDE PRESTADORA

115-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

116-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

117-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

118-Endereço

POS REDE PRESTADORA

119-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

120-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

121-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

122-Endereço

POS REDE PRESTADORA

123-Nome

VANESSA BARRETO LEAO FREITAS

124-Endereço

POS REDE PRESTADORA

01/05/1980

125-Nome

Irregolare per noi non

2.4.4

[illegible]

13-NOME VANESSA DE OLIVEIRA TEZOLIM		801 - Faturar Empresa	
14-Endereço Completo com Telefone			
15-Data de Nascimento e RG N		16-Número no CRO 31121	17-Código CRO S
18-Nome do Profissional Voluntário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		19-UF RJ	20-Código CNES
21-Endereço Completo		22-Número no CRO RJ	23-UF RJ
24-Data de Nascimento e RG 04/04			

25-Nome do Produtor(a) e endereço												
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA												
27-Código de Origem (CNPJ) CM												
0	5	6	8	5	3	6	0	7	0	3		
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA												
31-Id												
31121												
27-Número do CRO												
31121												
28-UF												
RJ												
29-Código CRO S												

Modelo	Valor	Modelo	Valor
32-Querceto	35-Old	36-Quantidos US	37-Maker
33-Denier/Rapido	34-Fares	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
		40-Diaria de Realização	41-Motor da Carga
			42-Assessoria

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible]

Qual Prescrição Termino do Tratamento	44- Tipo de Abandono	45- Tipo de Encerramento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
1- Tratamento Oncológico 2- Exame Radiológico 3- Oncologia 4- Urologia/Enfermagem	1- Total 2- Parcial		3 4 7 1 0 0	0 0 0 0	

...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 plano de tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores...

Exemplos

51 - Data, local e Assinatura do Crúquio-Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data, local e Cessão da Empresa
---	---	--------------------------------------

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

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



352905
INTERCAMBIO

1. Registro ANS 406614		3. Data de Emissão da Guia 01/07/01 08/12/01		5. Data de Autuação 01/07/01 08/12/01		6. Número da Guia Principal 50182299		7. Data Validade da Guia 01/05/11 11/12/10	
8. Nome do Beneficiário VANIA POYARES RODRIGUES		9. Nome do Prestador POS REDE PRESTADORA		10. Empresa VANIPOLY COMERCIO D		11. Data Validade da Carteira 01/01/01 01/01/01		12. Número do Cartão Nacional de Saúde 707003833798434	
13. Nome VANIA POYARES RODRIGUES		24/02/1965		14. Telefone ()		15. Nome do titular do plano SERGIO LIMA RODRIGUES			
16. Endereço e (N) MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		17. Nome do Prestador MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18. Número no CRO 31121		19. UF RJ		20. Código CRO S 801 -	
21. Código de Operadora (CNPJ) / CNP 01.516.185.316.017.013		22. Nome da Operadora e Endereço MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23. Número no CRO 31121		24. UF RJ		25. Código CNES Enviar - RX (0) 85100200	
26. Nome do Prestador e Endereço MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27. Número no CRO 31121		28. UF RJ		29. Código CRO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30. Total	31. Código de Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut
1. 01/01/85 10102010		RESTAURAÇÃO RESINA	42	DV	1	113,00	0,00	51,93	10/10/20
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
43. Data Previsto Término do Tratamento		44. Tipo de Abastecimento		45. Tipo de Faturamento		46. Total Quantidade US		47. Valor Total R\$	
		1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência		1. Total 2. Parcial		113,00		0,00	
48. Observação									
Declaro, que após ler, são devidamente esclarecidos 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 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. Foto na uvr OK									
50. Data, local e Assinatura do Cuidado-Dentista Solicitante		51. Data, local e Assinatura do Cuidado-Dentista		52. Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)		53. Data, local e Carimbo da Empresa			
01/01/01		03/10/20		03/10/20		Pran			

Assinatura

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



352908
INTERCAMBIO

1-Registro AOS 406414
2-Data de Emissão da Guia 10/07/08
3-Data de Autuação 10/07/08
4-Série AUTORIZADO
5-Número de Guia Principal 50182301
6-Data Validade da Guia 10/05/11
7-Data Validade da Série 10/05/11
8-Data Validade da Guia 10/05/11
9-Data Validade da Série 10/05/11

10-Data Validade da Guia 10/05/11
11-Data Validade da Série 10/05/11
12-Data Validade da Guia 10/05/11
13-Data Validade da Série 10/05/11
14-Data Validade da Guia 10/05/11
15-Data Validade da Série 10/05/11

16-Data Validade da Guia 10/05/11
17-Data Validade da Série 10/05/11
18-Data Validade da Guia 10/05/11
19-Data Validade da Série 10/05/11
20-Data Validade da Guia 10/05/11
21-Data Validade da Série 10/05/11

22-Data Validade da Guia 10/05/11
23-Data Validade da Série 10/05/11
24-Data Validade da Guia 10/05/11
25-Data Validade da Série 10/05/11
26-Data Validade da Guia 10/05/11
27-Data Validade da Série 10/05/11

28-Data Validade da Guia 10/05/11
29-Data Validade da Série 10/05/11
30-Data Validade da Guia 10/05/11
31-Data Validade da Série 10/05/11
32-Data Validade da Guia 10/05/11
33-Data Validade da Série 10/05/11

34-Data Validade da Guia 10/05/11
35-Data Validade da Série 10/05/11
36-Data Validade da Guia 10/05/11
37-Data Validade da Série 10/05/11
38-Data Validade da Guia 10/05/11
39-Data Validade da Série 10/05/11

40-Data Validade da Guia 10/05/11
41-Data Validade da Série 10/05/11
42-Data Validade da Guia 10/05/11
43-Data Validade da Série 10/05/11
44-Data Validade da Guia 10/05/11
45-Data Validade da Série 10/05/11

46-Data Validade da Guia 10/05/11
47-Data Validade da Série 10/05/11
48-Data Validade da Guia 10/05/11
49-Data Validade da Série 10/05/11
50-Data Validade da Guia 10/05/11
51-Data Validade da Série 10/05/11

52-Data Validade da Guia 10/05/11
53-Data Validade da Série 10/05/11
54-Data Validade da Guia 10/05/11
55-Data Validade da Série 10/05/11
56-Data Validade da Guia 10/05/11
57-Data Validade da Série 10/05/11

58-Data Validade da Guia 10/05/11
59-Data Validade da Série 10/05/11
60-Data Validade da Guia 10/05/11
61-Data Validade da Série 10/05/11
62-Data Validade da Guia 10/05/11
63-Data Validade da Série 10/05/11

64-Data Validade da Guia 10/05/11
65-Data Validade da Série 10/05/11
66-Data Validade da Guia 10/05/11
67-Data Validade da Série 10/05/11
68-Data Validade da Guia 10/05/11
69-Data Validade da Série 10/05/11

Foto me ver OK!

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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

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

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1143100 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data Previsto Término do Tratamento 50-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

51-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 52-Total Quantidade US 1143100 53-Valor Total R\$ 10,00 54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Data Previsto Término do Tratamento 56-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

57-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 58-Total Quantidade US 1143100 59-Valor Total R\$ 10,00 60-Total Franquia / Co-participação R\$

61-Data Previsto Término do Tratamento 62-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

63-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 64-Total Quantidade US 1143100 65-Valor Total R\$ 10,00 66-Total Franquia / Co-participação R\$

67-Data Previsto Término do Tratamento 68-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

69-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 70-Total Quantidade US 1143100 71-Valor Total R\$ 10,00 72-Total Franquia / Co-participação R\$

73-Data Previsto Término do Tratamento 74-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

75-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 76-Total Quantidade US 1143100 77-Valor Total R\$ 10,00 78-Total Franquia / Co-participação R\$

79-Data Previsto Término do Tratamento 80-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

81-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 82-Total Quantidade US 1143100 83-Valor Total R\$ 10,00 84-Total Franquia / Co-participação R\$

85-Data Previsto Término do Tratamento 86-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

87-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 88-Total Quantidade US 1143100 89-Valor Total R\$ 10,00 90-Total Franquia / Co-participação R\$

91-Data Previsto Término do Tratamento 92-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

93-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 94-Total Quantidade US 1143100 95-Valor Total R\$ 10,00 96-Total Franquia / Co-participação R\$

97-Data Previsto Término do Tratamento 98-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

99-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 100-Total Quantidade US 1143100 101-Valor Total R\$ 10,00 102-Total Franquia / Co-participação R\$

103-Data Previsto Término do Tratamento 104-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

105-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 106-Total Quantidade US 1143100 107-Valor Total R\$ 10,00 108-Total Franquia / Co-participação R\$

109-Data Previsto Término do Tratamento 110-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

111-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 112-Total Quantidade US 1143100 113-Valor Total R\$ 10,00 114-Total Franquia / Co-participação R\$

115-Data Previsto Término do Tratamento 116-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

117-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 118-Total Quantidade US 1143100 119-Valor Total R\$ 10,00 120-Total Franquia / Co-participação R\$

2-N-

0-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável por...

63 Date Rec'd _____



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 11/2/01 4-Data de Autorização 10/8/11 11/2/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50197610 7-Data Validade da Série 10/15/11 01/12/11

8-Número da Carteira 10/03/79 9/9/41 05/9/68 8/5/96 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504928463358

13-Nome VIVIANE CRISTINA DE SOUZA RIBE 22/07/1964 14-Setor () 15-Nome do titular do plano VIVIANE CRISTINA DE SOUZA RIBE

16-Atendimento a 101 17-Nome do Produtor Secundário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CNO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código de Operação / CUP / CP 05685360703 22-Nome do Contratado Secundário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CNO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Produtor Secundário MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CNO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				47,10	0,10					
2-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
3-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
4-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
5-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
6-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
7-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
8-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
9-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
10-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
11-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
12-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
13-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
14-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					
15-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				17,50	0,10					

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial 46-Totais Quantidade US 1347,10 47-Valor Total R\$ 0,10 48-Totais 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 assine 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 Cessão da Empresa



Pagos de Benefícios

padres do Conselho Municipal pelo Tratamento

Revista de Teoria e História da Linguagem / Proceedings Society

[illegible]

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

[illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible]

9. _____

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

[illegible]

21

[illegible][illegible]

15 |

45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US
47- Valor Total R\$	48- Total Frazões / Contrabandeado R\$

[illegible][illegible]

Eu, _____, declaro, para os devidos fins, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições e o conteúdo deste instrumento, declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for(ão) 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.

Observation	
10-0	(2)
24	
33B.	

()

51-Data, local e Assinatura do Caudado-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Crambo da Empresa					

[illegible]

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