



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2020	4-Data de Autorização 18/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166922	7-Data Validade da Senha 16/09/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994064177294		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008640006259
13-Nome FABIO EDUARDO MOREIRA DE VASCO 20/08/1965			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO EDUARDO MOREIRA DE VASCO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533385788		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA				27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/2020		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/10/2020		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/2020		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/10/2020		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/2020		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

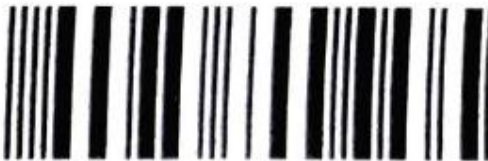
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2020 Juliana C. de Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2020 Juliana C. de Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2020 Dra. Juliana Costa Cirurgiã-Dentista CBO: 41376
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/06/20	4-Data de Autorização 18/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166921	7-Data Validade da Senha 16/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número de Carteira 00379994063443497		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA DE SOUZA MEDEIROS				14-Telefone 16/07/1999	15-Nome do titular do plano BRUNA DE SOUZA MEDEIROS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533385788		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA				27-Número no CRO 41376		28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/06/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/06/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/06/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/06/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os 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 25/06/2020 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/2020 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2020 Bruna de S. Medeiros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/06/2020
---	---	--	---

Dr. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista
CRO 41376



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



318781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164713	7-Data Validade da Senha 30/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037999406177180	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702300103224716
13-Nome ELIAS DOS SANTOS RIBEIRO		14-Telefone 01/09/1979 () -	15-Nome do titular do plano ELIAS DOS SANTOS RIBEIRO	

16-Atendimento a RN N					17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA					18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 14533385788					22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA					23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA					27-Número no CRO 41376					28-UF RJ		29-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/06/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/06/2020 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/2020 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/2020 ELIAS DOS SANTOS RIBEIRO	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 08/06/2020 Dra. Juliana Costa Cirurgiã-Dentista CRO: 41376
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



325137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166476	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0037994061771780		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702300103224716
13-Nome ELIAS DOS SANTOS RIBEIRO				14-Telefone 01/09/1979 () -	15-Nome do titular do plano ELIAS DOS SANTOS RIBEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 14533385788		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA				27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/06/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/06/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/06/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	16/06/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/06/20 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/20 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/20 Elias dos Santos Ribeiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/06/20 UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
---	---	--	---

Dr. Juliana Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO: 41376



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



318777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164712	7-Data Validade da Senha 30/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00379994064236371		13-Nome MARIA ROSINETE GOMES DE SOUZA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA ROSINETE GOMES DE SOUZA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa			
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533385788		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA									

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	08/06/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	08/06/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	08/06/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	08/06/20		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/06/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/06/20 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/20 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/20 Maria Rosinete Gomes de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/06/20
---	---	---	---

Dra. Juliana Costa
Cirurgiã Dentista
CRO 41376