



305109

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 02/04/20	4-Data de Autorização 02/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160697	7-Data Validade da Senha 01/07/20
8-Número da Carteira 00379994064058082		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382
13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO			14-Telefone 25/05/1984	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-47
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR			27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (IF) 85200158-38

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00			06/04/20		
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00			/ /		
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 1066,00	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: NÃO FOI PRECISO FAZER O CANAL DO DENTE 36. FAVOR DESCONSIDERAR O PEDIDO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/20 Ana Paula Siqueira Pinheiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



308343
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161781	7-Data Validade da Senha 12/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064058082	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382	
13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO		14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 25/05/1984		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR			27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			12/04/2012		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			12/04/2012		
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 28,00	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 22/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2012 Ana Paula Siqueira Pinheiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



313215
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156789	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062165876	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 898004850248715	
13-Nome ANTONIO CARLOS DA COSTA FREITA		14-Telefone 20/07/1969	15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS DA COSTA FREITA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (IF) 85400220-24
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	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 Gênes	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00		10/10/2012		
2-	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	24		1	299,00	0,00	0,00		11/11/11		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		10/10/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		10/10/2012		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		10/10/2012		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00	0,00		10/10/2012		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 453,00	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação FAD007 DESCONSIDERAR O RX E NÚCLEO, PACIENTE OPITOPO POR NÃO FAZER AKI NO CONSULTÓRIO.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11



328099
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171877	7-Data Validade da Senha 20/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060631136	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 700506168313559
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome FAGNER MONTEIRO DE ANDRADE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FAGNER MONTEIRO DE ANDRADE
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-RII

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			29/10/2012		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00			29/10/2012		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			29/10/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			29/10/2012		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			29/10/2012		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			29/10/2012		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			29/10/2012		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 182,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 28/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



311426
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 405414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/20	4-Data de Autorização 14/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162773	7-Data Validade da Senha 05/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994064058082	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382
---	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO	14-Telefone 25/05/1984	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO
--	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (F) 85400220-47
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
30-Tabela	31-Código do Procedimento				32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US		37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	40-Data de Realização		41-Motivo da Gêse		42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1-	0	0	8	5	4	0	0	2	2	0	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	47		1		2	9	9	,00	0,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

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 439,00	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(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-Operação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/20 Ana Paula Siqueira	52-Data, local e Carimbo da Empresa
-------------	---	--	-------------------------------------



313765
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/05/20	4-Data de Autorização 15/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163343	7-Data Validade da Senha 13/08/20
8-Número da Carteira 00379994062016579		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 705004014268255
13-Nome ROSELI OLIVEIRA HORACIO		14-Telefone 24/09/1968	15-Nome do titular do plano ROSELI OLIVEIRA HORACIO		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CHES Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			18/05/20		
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	14		1	333,00	0,00			10/06/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 347,00	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(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 18/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



329912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/20	4-Data de Autorização 25/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172532	7-Data Validade da Senha 23/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064340314	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 707607220231292
13-Nome DANIELE VIEIRA DA SILVA OLIVEI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELE VIEIRA DA SILVA OLIVEI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CEO S 801 -
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200168-35
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	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 258,00	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 previsíveis 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



334012
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174347	7-Data Validade da Senha 01/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa E C S ADM DE BENEFICIOS CRF		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706204543791160
8-Número da Carteira 0037000022014040		9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano NATHALIA CALDAS DE OLIVEIRA SOARES
13-Nome RAFAEL ESILVA SOARES		14-Data de Nascimento 08/04/1988			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 24477		19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
16-Acadêmico e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477		24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR			
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477		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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/07/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			09/07/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			09/07/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			09/07/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			09/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 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 09/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/20	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) des(cri)to(s) acima, e por mim autorizado(s), foram realizados do(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.



316557
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2015	4-Data de Autorização 23/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7589108	7-Data Validade da Senha 23/08/2015
8-Idade do Beneficiário	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Número da Carteira 00202518643200012901	14-Telefone 13/09/1977		15-Data Validade da Carteira	16-Nome do titular do plano GIANE DE CARVALHO BELTRAO	
17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR					
18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	19-Número no CRO 24477		20-UF RJ	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
22-Nome do Contratado / Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477		24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	27-Número no CRO 24477		28-UF RJ	29-Código CBO S (1) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/legado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			15/05/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

3-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 14,00	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(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 25/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/05/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



313205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2015	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 7562994	7-Data Validade da Senha 12/10/2018
8-Número da Carteira 00202518643200012901					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JASMINE COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome GIANE DE CARVALHO BELTRAO		14-Telefone 13/09/1977		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome do titular do plano GIANE DE CARVALHO BELTRAO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		18-Número no CRO 24477		19-UF RJ	
22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		20-Código CBO S 025 -		23-Número no CRC 24477	
24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	
27-Número no CRO 24477		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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/10/2015		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 14/10/2015
53-Data, local e Carimbo da Empresa		



315637
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2012	4-Data de Autorização 28/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164122	7-Data Validade da Senha 19/08/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702301141431511		
8-Número da Carteira 00379994059598716	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MURILO DE MOURA SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome MURILO DE MOURA SANTOS			14-Telefone 18/01/1961 () -	15-Nome do titular do plano MURILO DE MOURA SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421-RIS	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (IF) 85200115-21		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			10/06/2012		
2-	0085200115	RETRATAMENTO	21		1	385,00	0,00			10/06/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 399,00	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(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 08/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--