

CRO: 31121/RJ

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

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Pago	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
346124 - I	ALEXANDRE BOMFIM CONCEICAO (00375911248676000)		27/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
328353 - I	ALEXANDRE RIBEIRO DOS SANTOS (00370000019938082)		23/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
334448 - I	ARIADNNY DE OLIVEIRA NASCIMENTO (00370000032464277)		06/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
346046 - I	BRUNA GISELE DOS SANTOS (00370000030888274)		27/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
331897 - I	DEBORA DE MORAIS FERNANDES (00370000023178879)		30/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
333518 - I	EDUARDO GONCALVES NOGUEIRA NET (00370000023006628)		03/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
345154 - I	ELENILZA MARIA DOS SANTOS (00370000023007632)		24/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
326820 - I	ELIVANIA ROSENDO DA SILVA (00379994059536060)		19/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
326826 - I	ELIVANIA ROSENDO DA SILVA (00379994059536060)		19/06/2020	244	0.3	R\$ 73,20
331357 - I	ELIVANIA ROSENDO DA SILVA (00379994059536060)		29/06/2020	360	0.3	R\$ 108,00
344589 - I	ELIZIANE TRAJANO CAVALCANTI (00370000003313380)		23/07/2020	528	0.3	R\$ 158,40
327809 - I	EUNICE DE OLIVEIRA MERQUIDES (00370000014862134)		22/06/2020	522	0.3	R\$ 156,60
327812 - I	EUNICE DE OLIVEIRA MERQUIDES (00370000014862134)		22/06/2020	475	0.3	R\$ 142,50
327813 - I	EUNICE DE OLIVEIRA MERQUIDES (00370000014862134)		22/06/2020	950	0.3	R\$ 285,00
327932 - I	FERNANDA SIMAS GARCIA (00370000022717580)		22/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
336162 - I	ISABELLA FERREIRA AMARAL (00379994061967456)		08/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
320397 - I	JULIANA FAVORITO SANTOS (00379994058999253)		04/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
324741 - I	KARLA LEMOS VEIGA DA SILVA (00370000007679907)		16/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
331050 - I	KARLA LEMOS VEIGA DA SILVA (00370000007679907)		29/06/2020	180	0.3	R\$ 54,00
331051 - I	KARLA LEMOS VEIGA DA SILVA (00370000007679907)		29/06/2020	226	0.3	R\$ 67,80
331305 - I	LEONARDO SEVERINO DE FREITAS (00379994059530712)		29/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
335354 - I	LORENA LARA MARINS (00370000002915840)		07/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
344425 - I	LUANA TRINDADE COSTA (00370000016093391)		23/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
326153 - I	LUCIMAR MONTEIRO DA SILVA (00370000015446959)		18/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
331303 - I	LUIZA ORMOND LEITE (00370000031440340)		29/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
329688 - I	MANUELA DA COSTA GOMES (00370000031996526)		25/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
346047 - I	MARCELA FERREIRA DOS SANTOS (00370000030888282)		27/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
334431 - I	MARIA EDUARDA SOUZA DE LIMA LEMOS (00370000015249746)		06/07/2020	95	0.3	R\$ 28,50
339477 - I	MARIA EDUARDA SOUZA DE LIMA LEMOS (00370000015249746)		15/07/2020	113	0.3	R\$ 33,90
331295 - I	NATALIA ORMOND LEITE (00370000031373928)		29/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
339523 - I	NORMA MARIA BARBOSA DE SOUZA S (00370000010473303)		15/07/2020	1472	0.3	R\$ 441,60
339536 - I	NORMA MARIA BARBOSA DE SOUZA S (00370000010473303)		15/07/2020	1425	0.3	R\$ 427,50
326851 - I	PATRICIA SOARES (00370000032235952)		19/06/2020	323	0.3	R\$ 96,90
326856 - I	PATRICIA SOARES (00370000032235952)		19/06/2020	212	0.3	R\$ 63,60
346007 - I	PEDRO ALVES DA SILVA (00370000020122724)		27/07/2020	98	0.3	R\$ 29,40

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

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

Data e Hora de Emissão: 30/07/2020 20:17

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

331367 - I	PEDRO GOMES DA SILVA (00370000017716058)	29/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
338431 - I	PEDRO GOMES DA SILVA (00370000017716058)	13/07/2020	90	0.3	R\$ 27,00
331300 - I	RENATA VIOLANTI CARVALHO (00370000031465830)	29/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
331319 - I	RENATA VIOLANTI CARVALHO (00370000031465830)	29/06/2020	270	0.3	R\$ 81,00
324266 - I	ROSANE DE OLIVEIRA (00370000031578384)	15/06/2020	360	0.3	R\$ 108,00
324737 - I	ROSANE DE OLIVEIRA (00370000031578384)	16/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
338976 - I	ROSANE DE OLIVEIRA (00370000031578384)	14/07/2020	270	0.3	R\$ 81,00
334579 - I	SALIS SILVA DOS SANTOS (00370000021458220)	06/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
325089 - I	SARAH TORRES GOMES (00370000012146059)	16/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
338051 - I	TANIA REGINA ROMUALDO DA ROSA (00370000031229878)	13/07/2020	347	0.3	R\$ 104,10
318621 - I	TATIANE ALVES DE OLIVEIRA (00370000022175698)	01/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
344539 - I	THALLES MAMEDE COUTO DA CRUZ (00379994064066255)	23/07/2020	95	0.3	R\$ 28,50
330135 - I	VICENTE RICARDO DA SILVA BARCE (00370000027032810)	25/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
320107 - I	VILKA DE OLIVEIRA (00370000023230579)	03/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
340119 - I	VILKA DE OLIVEIRA (00370000023230579)	16/07/2020	90	0.3	R\$ 27,00
325786 - I	VITOR COTINHOLA DE OLIVEIRA (00370000017553701)	17/06/2020	347	0.3	R\$ 104,10
327870 - I	YASMIM MAYARA DA SILVA GOMES I (00379994063750322)	22/06/2020	47	0.3	R\$ 14,10

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 18855
N° de atendimentos: 52
Valor: R\$ 5.656,50

Totalizador

N° de USOs: 18855
N° de atendimentos: 52
Valor: R\$ 5.656,50

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

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

Data e Hora de Emissão: 30/07/2020 20:17

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 12/17/10 7/12 01		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50179153		7-Data Validade da Será 12/15/10 1/12 01			
8-Número da Carteira 0003759112486760000		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 704100655111650			
13-Nome ALEXANDRE BOMFIM CONCEICAO		22/02/1970		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE BOMFIM CONCEICAO					
16-Atendimento a RN 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-			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código ONES			
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	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 Causa 42-Assinatura
1	000810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	147,00	0,00	0,00	1	12/18/10	12/18/10
2	000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	12/18/10	12/18/10
3	000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	12/18/10	12/18/10
4	000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	12/18/10	12/18/10
5	000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	75,00	0,00	0,00	1	12/18/10	12/18/10
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		347,00		0,00		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 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											
12/18/10 7/12 01											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
12/18/10 7/12 01											

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



328353
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 6/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50171941		7-Data Validade da Senha 12/1/10 9/12/01	
8-Número da Carteira 10103171010000199380821		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXANDRE RIBEIRO DOS SANTOS		16/04/1978		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE RIBEIRO DOS SANTOS			
16-Atendimento a RN 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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10568153607031111		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		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-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Classe 42-Assinatura
1-0018110000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA				11	47,100	0,00	11/10/12
2-00181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			11	75,100	0,00	11/10/12
3-00181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			11	75,100	0,00	11/10/12
4-00181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			11	75,100	0,00	11/10/12
5-00181531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			11	75,100	0,00	11/10/12
6-11111111111111									
7-11111111111111									
8-11111111111111									
9-11111111111111									
10-11111111111111									
11-11111111111111									
12-11111111111111									
13-11111111111111									
14-11111111111111									
15-11111111111111									
43-Data Previsão 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 347,100		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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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 11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



334448
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/2017	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50174486	7-Data Validade da Sineta 04/10/2017
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 003700000032464277	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALIA DA CONCEICAO PIRES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome ARIADNNY DE OLIVEIRA NASCIMENTO				
14-Telefone () / /				
15-Data Validade da Carteira / /				
16-Data Validade da Carteira / /				
17-Data Validade da Carteira / /				
18-Data Validade da Carteira / /				
19-Data Validade da Carteira / /				
20-Data Validade da Carteira / /				
21-Data Validade da Carteira / /				
22-Data Validade da Carteira / /				
23-Data Validade da Carteira / /				
24-Data Validade da Carteira / /				
25-Data Validade da Carteira / /				
26-Data Validade da Carteira / /				
27-Data Validade da Carteira / /				
28-Data Validade da Carteira / /				
29-Data Validade da Carteira / /				
30-Data Validade da Carteira / /				
31-Data Validade da Carteira / /				
32-Data Validade da Carteira / /				
33-Data Validade da Carteira / /				
34-Data Validade da Carteira / /				
35-Data Validade da Carteira / /				
36-Data Validade da Carteira / /				
37-Data Validade da Carteira / /				
38-Data Validade da Carteira / /				
39-Data Validade da Carteira / /				
40-Data Validade da Carteira / /				
41-Data Validade da Carteira / /				
42-Data Validade da Carteira / /				
43-Data Validade da Carteira / /				
44-Data Validade da Carteira / /				
45-Data Validade da Carteira / /				
46-Data Validade da Carteira / /				
47-Data Validade da Carteira / /				
48-Data Validade da Carteira / /				
49-Data Validade da Carteira / /				
50-Data Validade da Carteira / /				
51-Data Validade da Carteira / /				
52-Data Validade da Carteira / /				
53-Data Validade da Carteira / /				
54-Data Validade da Carteira / /				
55-Data Validade da Carteira / /				
56-Data Validade da Carteira / /				
57-Data Validade da Carteira / /				
58-Data Validade da Carteira / /				
59-Data Validade da Carteira / /				
60-Data Validade da Carteira / /				
61-Data Validade da Carteira / /				
62-Data Validade da Carteira / /				
63-Data Validade da Carteira / /				
64-Data Validade da Carteira / /				
65-Data Validade da Carteira / /				
66-Data Validade da Carteira / /				
67-Data Validade da Carteira / /				
68-Data Validade da Carteira / /				
69-Data Validade da Carteira / /				
70-Data Validade da Carteira / /				
71-Data Validade da Carteira / /				
72-Data Validade da Carteira / /				
73-Data Validade da Carteira / /				
74-Data Validade da Carteira / /				
75-Data Validade da Carteira / /				
76-Data Validade da Carteira / /				
77-Data Validade da Carteira / /				
78-Data Validade da Carteira / /				
79-Data Validade da Carteira / /				
80-Data Validade da Carteira / /				
81-Data Validade da Carteira / /				
82-Data Validade da Carteira / /				
83-Data Validade da Carteira / /				
84-Data Validade da Carteira / /				
85-Data Validade da Carteira / /				
86-Data Validade da Carteira / /				
87-Data Validade da Carteira / /				
88-Data Validade da Carteira / /				
89-Data Validade da Carteira / /				
90-Data Validade da Carteira / /				
91-Data Validade da Carteira / /				
92-Data Validade da Carteira / /				
93-Data Validade da Carteira / /				
94-Data Validade da Carteira / /				
95-Data Validade da Carteira / /				
96-Data Validade da Carteira / /				
97-Data Validade da Carteira / /				
98-Data Validade da Carteira / /				
99-Data Validade da Carteira / /				
100-Data Validade da Carteira / /				

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	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-Valor Total R\$ 347,00	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 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 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 Assinatura da Empresa / / / /					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



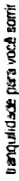
331897
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012		4-Data de Autorização 10/11/2012		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 50173451		7-Data Validade da Sinthe 12/11/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00037000002317879											
13-Nome DEBORA DE MORAIS FERNANDES											
10-Empresa CENTRO DE EXCELENC											
11-Data Validade da Carteira / /											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706308177108280											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano DEBORA DE MORAIS FERNANDES											
16-Atendimento a RN MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703											
22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela											
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura	
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			12/11/2012		
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00			12/11/2012		
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00			12/11/2012		
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00			12/11/2012		
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00			12/11/2012		
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 347,00											
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	---	---	---



2-Nº



7

2-Número do Cartão Nacional de Saúde

CAI VES NOGLIFIRA NET

30-A-14 ANUNTA de Realização

11/11/2019

...C...A...I...O...E...

5/10/19/20

11

1111

“ ”

UNIT 1

1111

11

o	o	o			
---	---	---	--	--	--

UNITA, DO PROFISSIONAL COMITADO

Exemplo de Emissão:

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-3P

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 12/14/07 11:20 4-Dia de Autorização 12/17/07 11:20 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50178798 7-Data Validade da Guia 12/12/11 10:12 01

345154
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101317100000230071632 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 12/12/11 10:12 01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504788764350 13-Nome ELENILZA MARIA DOS SANTOS 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ELENILZA MARIA DOS SANTOS

16-Atendimento a RN 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 056185360703 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante 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-Quantidade US	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Matéria de Classe 42-Assinatura
1-010181100000165		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
2-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
3-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
4-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
5-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
6-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
7-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
8-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
9-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
10-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
11-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
12-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
13-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
14-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	
15-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	75,00	0,00	0,00		12/18/07 11:20	

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/12/11 10:12 01 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgências/Emergências 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 347,00 47-Valor Total R\$ 347,00 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 apresentadas, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/18/07 11:20 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/07 11:20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/07 11:20 53-Data, local e Assinatura de Empresa 12/18/07 11:20



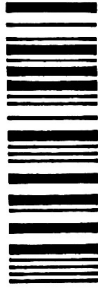
240



326826
INTERCÁMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4*

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/06		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50173254		7-Data Validade da Guia 12/09/09		331357 INTERCAMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00037994059536060		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIVANIA ROSENDO D		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700104913000210			
13-Nome ELIVANIA ROSENDO DA SILVA		14-Telefone		15-Nome do titular do plano ELIVANIA ROSENDO DA SILVA		16-Atendimento a RN MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ		31-Código CBO S		32-UF RJ	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-000851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		34 V 1		9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		41-Matéria de Gesso 42-Assinatura	
2-000851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		35 V 1		9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			
3-000851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		44 V 1		9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			
4-000851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		45 V 1		9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			
5-_____											
6-_____											
7-_____											
8-_____											
9-_____											
10-_____											
11-_____											
12-_____											
13-_____											
14-_____											
15-_____											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Taxa Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		11-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		360,00	
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), 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					
11/11/11		10/06/07		10/06/07		10/06/07					



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



344

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178578	7-Data Validade da Seria 12/1/10 1/12/01	344589 INTERCÂMBIO
8-Plano 0037000000033133801					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa VENDAS NOVAS DO TA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004760962834					
13-Nome ELIZIANE TRAJANO CAVALCANTI					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano FRANCISCO JOSE AMARO GOMES					
16-Atendimento a RN 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 -					
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 01516181531610703111					
22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
23-Número no CRO 31121					
24-UF RJ					
25-Código CNES Enviar - RX					
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
27-Número no CRO 31121					
28-UF RJ					
29-Código CBO S (I) 81000421-					
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
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-Matéria de Classe 42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
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 salutar. 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

RX Na w/r (OK)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cessão de Empresa
12/11/10 17/12/01	12/11/10 17/12/01	12/11/10 17/12/01	12/11/10 17/12/01

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ªF



327809
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/21/06/12/01	4-Data de Autorização 12/24/06/12/01	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50171750	7-Data Validade da Santa 12/01/09/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1010377000000014862134	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome EUNICE DE OLIVEIRA MERQUIDES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EUNICE DE OLIVEIRA MERQUIDES
---	------------------------------	---

16-Alindamento a RN 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 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101561815360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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 de Glare 42-Assinatura
--	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-0008110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	47,100	0,100	0,100	0,100	12/01/07/12/01	42
-----------------	-----------------------	---	---	---	---	--------	-------	-------	-------	----------------	----

2-00082000417	CIRURGIA PERIODONTAL A	6	1	1	1	47,500	0,100	0,100	0,100	12/01/07/12/01	42
---------------	------------------------	---	---	---	---	--------	-------	-------	-------	----------------	----

3-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9-1											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10-1											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11-1											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12-1											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-1											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14-1											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15-1											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	------------------------	------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	59-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	61-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	63-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	65-Data, local e Assinatura do Beneficiário
---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24*

327932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/06 11:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50171796		7-Data Validade da Senha 12/10/09 11:20	
2-Data do Beneficiário 10/03/70 00:00 22/7/17 15:00		4-Data de Autorização 12/13/06 11:20		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome FERNANDA SIMAS GARCIA		14-Teléfono ()		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Data Validade da Carteira 11/11/11	
18-Atendimento a RN N		19-Atendimento a RN N		20-Atendimento a RN N		21-Atendimento a RN N		22-Atendimento a RN N	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051685360703		24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051685360703		25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051685360703		26-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051685360703		27-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051685360703	
28-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		29-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		30-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		31-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		32-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
33-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		34-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		35-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		36-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		37-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
38-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		39-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		40-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		41-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		42-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30-Tabela		31-Tabela		32-Tabela		33-Tabela		34-Tabela	
1-0001810000300		1-0001810000300		1-0001810000300		1-0001810000300		1-0001810000300	
2-0001853000471		2-0001853000471		2-0001853000471		2-0001853000471		2-0001853000471	
3-0001853000471		3-0001853000471		3-0001853000471		3-0001853000471		3-0001853000471	
4-0001853000471		4-0001853000471		4-0001853000471		4-0001853000471		4-0001853000471	
5-0001853000471		5-0001853000471		5-0001853000471		5-0001853000471		5-0001853000471	
6-0001853000471		6-0001853000471		6-0001853000471		6-0001853000471		6-0001853000471	
7-0001853000471		7-0001853000471		7-0001853000471		7-0001853000471		7-0001853000471	
8-0001853000471		8-0001853000471		8-0001853000471		8-0001853000471		8-0001853000471	
9-0001853000471		9-0001853000471		9-0001853000471		9-0001853000471		9-0001853000471	
10-0001853000471		10-0001853000471		10-0001853000471		10-0001853000471		10-0001853000471	
11-0001853000471		11-0001853000471		11-0001853000471		11-0001853000471		11-0001853000471	
12-0001853000471		12-0001853000471		12-0001853000471		12-0001853000471		12-0001853000471	
13-0001853000471		13-0001853000471		13-0001853000471		13-0001853000471		13-0001853000471	
14-0001853000471		14-0001853000471		14-0001853000471		14-0001853000471		14-0001853000471	
15-0001853000471		15-0001853000471		15-0001853000471		15-0001853000471		15-0001853000471	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Atendimento		46-Tipo de Atendimento		47-Tipo de Atendimento	
48-Data Previsão Término do Tratamento		49-Tipo de Atendimento		50-Tipo de Atendimento		51-Tipo de Atendimento		52-Tipo de Atendimento	
48-Observação		49-Observação		50-Observação		51-Observação		52-Observação	
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

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 e referentes ao tratamento realizado, 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 Solicitante
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

336162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/08/10 7/12/10 4-Data de Autorização 10/08/10 7/12/10 5-Sinthe AUTORIZADO 16-Número da Guia Principal 50175208 7-Data Validade da Sinthe 10/06/11 10/12/10

8-Número da Carteira 0103799994061967456 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ISABELLA AMARAL CA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704507686833820 13-Nome ISABELLA FERREIRA AMARAL 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ISABELLA FERREIRA AMARAL 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNP / CPF 10561853360703 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante 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-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Classe 42-Moeda
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	147,00	0,00	0,00	1	10/08/10	12/01
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	75,00	0,00	0,00	1	10/08/10	12/01
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	10/08/10	12/01
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	10/08/10	12/01
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	75,00	0,00	0,00	1	10/08/10	12/01
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 347,00 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-Ossigado 50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solitante 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 52-Data, local e Carimbo da Empresa 53-Data, local e Carimbo da Empresa

TER EQUIVOCADO O PACIENTE ASSINAR O GRO NO CAMPO 51, AO INVÉS DE NO CAMPO 52, E CONSEQUENTE-
MUNTE EU ASSINAR NO CAMPO 52. SOLICITO QUE CONSIDEREM PÓS-DA-NOVO PÓS-
VOLTAR PARA
ASSINAR NOVAMENTE.

Dr. Fabiano



Tratando a vida para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AP}



320397
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/14/10 16/12/01		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50165107		7-Data Validade da Sentença 10/12/10 19/12/01	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 1010379994058999253		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	
13-Nome JULIANA FAVORITO SANTOS		13-Data 03/09/1995		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano JULIANA FAVORITO SANTOS		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121		19-UF RJ	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 101568531610703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Código CBO S	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-01018100010301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11111111111111111111		47100101010101010101		35-Aut	
2-0101853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		11111111111111111111		36-Quantidade US	
3-0101853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		11111111111111111111		37-Valor	
4-0101853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		11111111111111111111		38-Franchisa/Co-participação R\$	
5-0101853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11111111111111111111		39-Data de Realização	
6-11111111111111111111						11111111111111111111		40-Data de Realização	
7-11111111111111111111						11111111111111111111		41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
8-11111111111111111111						11111111111111111111			
9-11111111111111111111						11111111111111111111			
10-11111111111111111111						11111111111111111111			
11-11111111111111111111						11111111111111111111			
12-11111111111111111111						11111111111111111111			
13-11111111111111111111						11111111111111111111			
14-11111111111111111111						11111111111111111111			
15-11111111111111111111						11111111111111111111			
43-Data Previsão 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 111134710101		47-Valor Total R\$ 1111010101	
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111111									
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.									
49-Observação									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 11111111		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10 17/11/10		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 17/11/10		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11111111			



331050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/19/10 16/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173008	7-Data Validade da Senha 12/17/10 19/12/01
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702802159091867	
-----------------------	--	--------------------------------	--	---	--	--	--	--	--

13-Nome KARLA LEMOS VEIGA DA SILVA		14-Teléfono (111) 11111111		15-Nome do titular do plano KARLA LEMOS VEIGA DA SILVA	
---------------------------------------	--	-------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 10568513160703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Guia 42-Assinatura
1-001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	1	90,00	0,00	0,00	10/10/10	10/10/10	10/10/10
2-001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	1	90,00	0,00	0,00	10/10/10	10/10/10	10/10/10
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 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1180,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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 17/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 10/11/10 17/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4*

331305
INTERCÂMBIO

tranquilidade para você sorrir

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2016		4-Data de Autorização 13/10/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50173227		7-Data Validade da Senha 12/11/2019	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00379994059530712		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MERCEARIA DA ESTRADA VELHA		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano LEONARDO SEVERINO DE FREITAS			
13-Nome LEONARDO SEVERINO DE FREITAS		21/08/1967		14-Telefone ()		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0156185360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		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	
1-0001810000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		4700			
2-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		17500			
3-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		17500			
4-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		17500			
5-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		17500			
6-0000000000000											
7-0000000000000											
8-0000000000000											
9-0000000000000											
10-0000000000000											
11-0000000000000											
12-0000000000000											
13-0000000000000											
14-0000000000000											
15-0000000000000											
43-Data Previsão 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		10100	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
11/11/11		12/10/16		12/10/16		11/11/11	



335354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174874	7-Data Validade da Sineta 05/11/2012
--------------------------	---	------------------------	--	---

8-Data do Beneficiário 00/03/70	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 700006796900906
------------------------------------	--------------------------------	---	--	--

13-Nome LORENA LARA MARINS	14-Teléfono (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira LORENA LARA MARINS
-------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN 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 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante 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/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico de Urgência
-----------	---------------------------	--------------	----------------	---------	--------	------------------	----------	--------------------------------	--------	-----------------------	-----------------------

1-010811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	47,00				01/07/2012	
2-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	75,00				01/07/2012	
3-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	75,00				01/07/2012	
4-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	75,00				01/07/2012	
5-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	75,00				01/07/2012	
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Hospitalar 12/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



344425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178488	7-Data Validade da Semeta 12/1/10 1/12/01
--------------------------	--	------------------------	--	--

8-Número da Carteira 0103700000016093391	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 704007360669364
13-Nome LUANA TRINDADE COSTA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LUANA TRINDADE COSTA	

16-Atendimento a RN 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 0056815360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante 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-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria da Classe 42-Assinatura
1-0018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	0,00		12/1/10 7/12/01	Luana Trindade Costa
2-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	0,00		12/1/10 7/12/01	Luana Trindade Costa
3-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	0,00		12/1/10 7/12/01	Luana Trindade Costa
4-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	0,00		12/1/10 7/12/01	Luana Trindade Costa
5-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	0,00		12/1/10 7/12/01	Luana Trindade Costa
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/1/10 1/12/01	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\$ 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 12/1/10 1/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/1/10 7/12/01 Luana Trindade Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/1/10 7/12/01 Luana Trindade Costa
--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019	4-Data de Autorização 11/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166876	7-Data Validade da Senha 11/09/2019	326153 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	-----------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00037000000015446959	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome LUCIMAR MONTEIRO DA SILVA	09/07/1956

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 005685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class 42-Assinatura
1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA									1			47,00		0,00		13/08/2019	X
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									1			75,00		0,00		13/08/2019	X
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									1			75,00		0,00		13/08/2019	X
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									1			75,00		0,00		13/08/2019	X
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									1			75,00		0,00		13/08/2019	X
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		

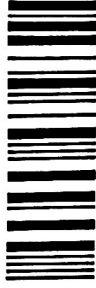
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total / Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--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

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/08/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/08/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24*

331303
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/06/2012		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50173226		7-Data Validade da Santa 27/09/2012	
8-Número da Carteira 003700000031440340340		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CESAR AUGUSTO BENTO LEITE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZA ORMOND LEITE		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano CESAR AUGUSTO BENTO LEITE		16-Atendimento a RN 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 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	
28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
33-Dente/Região		34-Face		35-Id		36-Quantidade US		37-Valor	
38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Class 42-Aprovação			
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00		0,00	
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
6-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
7-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
8-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
9-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
10-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
11-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
12-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
13-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
14-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
15-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00		0,00	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
/ /		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		347,00		347,00	
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/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 Cartão de Empresa			
/ /		24/07/2012		/ /		/ /		/ /	

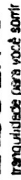


2-N

334431
INTERCÁMBIO

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

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 Cambio da Empresa
11/11/11	10/01/2011	10/01/2011	11/11/11



2-N^o



IL WINE STYLO È PER VOI

339477
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/05/2017 12:00		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50176639		7-Data Validade da Sinthe 13/10/2017		INTERCAMBIO 339477	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 003700000152497461										11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome MARIA EDUARDA SOUZA DE LIMA LEMOS										15-Nome do titular do plano EDUARDO TRINDADE LEMOS	
10-Empresa GEISMAR DO BRASIL MATERIAL										19-UF RJ	
9-Plano POS REDE PRESTADORA										20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N										23-Número no CRO 31121	
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA										24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 056185360703111										25-Código CNES 26-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA										27-Número no CRO 31121	
28-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA										29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	
30-Tabela 31-Código do Procedimento										35-Aut 40-Data de Realização	
32-Descrição 1-101851100200 RESTAURAÇÃO RESINA										41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
33-Dente/Região 65 OP										43-Valor Total R\$	
34-Face 65 OP										44-Valor Total R\$	
35-Qtd 1										45-Valor Total R\$	
36-Quantidade US										46-Valor Total R\$	
37-Valor										47-Valor Total R\$	
38-Franquia/Co-participação R\$										48-Valor Total R\$	
39-Quantidade US										49-Valor Total R\$	
40-Data de Realização										50-Valor Total R\$	
41-Motivo da Guia 42-Assinatura										51-Valor Total R\$	
43-Valor Total R\$										52-Valor Total R\$	
44-Valor Total R\$										53-Valor Total R\$	
45-Valor Total R\$										54-Valor Total R\$	
46-Valor Total R\$										55-Valor Total R\$	
47-Valor Total R\$										56-Valor Total R\$	
48-Valor Total R\$										57-Valor Total R\$	
49-Valor Total R\$										58-Valor Total R\$	
50-Valor Total R\$										59-Valor Total R\$	
51-Valor Total R\$										60-Valor Total R\$	
52-Valor Total R\$										61-Valor Total R\$	
53-Valor Total R\$										62-Valor Total R\$	
54-Valor Total R\$										63-Valor Total R\$	
55-Valor Total R\$										64-Valor Total R\$	
56-Valor Total R\$										65-Valor Total R\$	
57-Valor Total R\$										66-Valor Total R\$	
58-Valor Total R\$										67-Valor Total R\$	
59-Valor Total R\$										68-Valor Total R\$	
60-Valor Total R\$										69-Valor Total R\$	
61-Valor Total R\$										70-Valor Total R\$	
62-Valor Total R\$										71-Valor Total R\$	
63-Valor Total R\$										72-Valor Total R\$	
64-Valor Total R\$										73-Valor Total R\$	
65-Valor Total R\$										74-Valor Total R\$	
66-Valor Total R\$										75-Valor Total R\$	
67-Valor Total R\$										76-Valor Total R\$	
68-Valor Total R\$										77-Valor Total R\$	
69-Valor Total R\$										78-Valor Total R\$	
70-Valor Total R\$										79-Valor Total R\$	
71-Valor Total R\$										80-Valor Total R\$	
72-Valor Total R\$										81-Valor Total R\$	
73-Valor Total R\$										82-Valor Total R\$	
74-Valor Total R\$										83-Valor Total R\$	
75-Valor Total R\$										84-Valor Total R\$	
76-Valor Total R\$										85-Valor Total R\$	
77-Valor Total R\$										86-Valor Total R\$	
78-Valor Total R\$										87-Valor Total R\$	
79-Valor Total R\$										88-Valor Total R\$	
80-Valor Total R\$										89-Valor Total R\$	
81-Valor Total R\$										90-Valor Total R\$	
82-Valor Total R\$										91-Valor Total R\$	
83-Valor Total R\$										92-Valor Total R\$	
84-Valor Total R\$										93-Valor Total R\$	
85-Valor Total R\$										94-Valor Total R\$	
86-Valor Total R\$										95-Valor Total R\$	
87-Valor Total R\$										96-Valor Total R\$	
88-Valor Total R\$										97-Valor Total R\$	
89-Valor Total R\$										98-Valor Total R\$	
90-Valor Total R\$										99-Valor Total R\$	
91-Valor Total R\$										100-Valor Total R\$	
92-Valor Total R\$										101-Valor Total R\$	
93-Valor Total R\$										102-Valor Total R\$	
94-Valor Total R\$										103-Valor Total R\$	
95-Valor Total R\$										104-Valor Total R\$	
96-Valor Total R\$										105-Valor Total R\$	
97-Valor Total R\$										106-Valor Total R\$	
98-Valor Total R\$										107-Valor Total R\$	
99-Valor Total R\$										108-Valor Total R\$	
100-Valor Total R\$										109-Valor Total R\$	
101-Valor Total R\$										110-Valor Total R\$	
102-Valor Total R\$										111-Valor Total R\$	
103-Valor Total R\$										112-Valor Total R\$	
104-Valor Total R\$										113-Valor Total R\$	
105-Valor Total R\$										114-Valor Total R\$	
106-Valor Total R\$										115-Valor Total R\$	
107-Valor Total R\$										116-Valor Total R\$	
108-Valor Total R\$										117-Valor Total R\$	
109-Valor Total R\$										118-Valor Total R\$	
110-Valor Total R\$										119-Valor Total R\$	
111-Valor Total R\$										120-Valor Total R\$	
112-Valor Total R\$										121-Valor Total R\$	
113-Valor Total R\$										122-Valor Total R\$	
114-Valor Total R\$										123-Valor Total R\$	
115-Valor Total R\$										124-Valor Total R\$	
116-Valor Total R\$										125-Valor Total R\$	
117-Valor Total R\$										126-Valor Total R\$	
118-Valor Total R\$										127-Valor Total R\$	
119-Valor Total R\$										128-Valor Total R\$	
120-Valor Total R\$										129-Valor Total R\$	
121-Valor Total R\$										130-Valor Total R\$	
122-Valor Total R\$										131-Valor Total R\$	
123-Valor Total R\$										132-Valor Total R\$	
124-Valor Total R\$											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4*

331295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 06/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173223	7-Data Validade da Sentença 12/10/09/12/01
--------------------------	--	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 100370000031373928	9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome NATALIA ORMOND LEITE	
10-Empresa CESAR AUGUSTO BENTO LEITE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
---	--

26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
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 Classe 42- Assinatura
1-001810000310		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0,00			12/10/09	
2-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,10	0,00			12/10/09	
3-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,10	0,00			12/10/09	
4-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,10	0,00			12/10/09	
5-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,10	0,00			12/10/09	
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão 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 1347,10	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/09 MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	52-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---



24

7-Data Validada da Sentença

339536
INTERCAMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



349

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/2012		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50168027		7-Data Validade da Sinthe 11/09/2012		326851 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0003700000032235952				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa P&G MONTAGENS DE F			
11-Data Validade da Carteira 11/01/11				12-Número do Contrato Nacional de Saúde 708507305120370				13-Nome PATRICIA SOARES			
14-Teléfono (11) 11111111				15-Nome do titular do plano PATRICIA SOARES				16-Atendimento a RN N			
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				18-Número no CRO 31121				19-UF RJ			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703				22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				23-Número no CRO 31121			
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				27-Número no CRO 31121				28-UF RJ			
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 de Class 42-Resposta
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	90,00	0,00	0,00			
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	90,00	0,00	0,00			
3-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	17	VMD	1	143,00	0,00	0,00			
4-00000000000											
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento									
11/11/11	1	1-Total 2-Parcial									
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$							
33,12		3,10		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(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											
Foto na uel											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				52-Data, local e Assinatura da Empresa			
11/11/11				13/01/06/11				11/11/11			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3.40

326856
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 11/09/2012		4-Data de Autorização 11/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50168030		7-Data Validade da Senha 11/09/2012					
Declaro do Beneficiário				10-Empresa P&G MONTAGENS DE F				11-Data Validade da Carteira 11/11/11							
8-Número da Carteira 0003700000032235952				9-Plano POS REDE PRESTADORA				12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708507305120370							
13-Nome PATRICIA SOARES				14-Telefone ()				15-Nome do titular do plano PATRICIA SOARES							
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				18-Número no CRO 31121							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05161815360703				22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				23-Número no CRO 31121							
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				27-Número no CRO 31121				28-UF RJ							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				33-Dente/Região 48 VOMD 11				34-Face 35-Old 36-Quantidade US 37-Valor							
30-Tabela 1-0085100226 RESTAURAÇÃO RESINA				38-Franquia/Co-participação R\$				39-Ant 40-Caixa de Remuneração							
2-0085100196 RESTAURAÇÃO RESINA				41-Matéria de Classe A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ				42-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				43-Data Previsão 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 Tratamento 1-1 Total 2-Parcial				46-Tipo de Atendimento 1-1 Total 2-Parcial							
47-Valor Total R\$				48-Tipo de Atendimento 1-1 Total 2-Parcial				49-Tipo de Atendimento 1-1 Total 2-Parcial							

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 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 na web (07)

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
11/11/11	11/11/11	11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24*

346007
INTERCÂMBIO

freqüência para cada dente

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 2 7 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179101	7-Data Validade da Sanha 2 5 / 1 0 / 2 0
8-Plano de Beneficiário					
8-Número de Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 0 1 2 2 7 2 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
11-Data Validade de Carteira			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome PEDRO ALVES DA SILVA			14-Telefone		
15-Data Validade de Carteira			16-Data Validade de Sanha		
17-Data Validade de Sanha			18-Data Validade de Sanha		
19-Data Validade de Sanha			20-Data Validade de Sanha		
21-Data Validade de Sanha			22-Data Validade de Sanha		
23-Data Validade de Sanha			24-Data Validade de Sanha		
25-Data Validade de Sanha			26-Data Validade de Sanha		
27-Data Validade de Sanha			28-Data Validade de Sanha		
29-Data Validade de Sanha			30-Data Validade de Sanha		
31-Data Validade de Sanha			32-Data Validade de Sanha		
33-Data Validade de Sanha			34-Data Validade de Sanha		
35-Data Validade de Sanha			36-Data Validade de Sanha		
37-Data Validade de Sanha			38-Data Validade de Sanha		
39-Data Validade de Sanha			40-Data Validade de Sanha		
41-Data Validade de Sanha			42-Data Validade de Sanha		
43-Data Validade de Sanha			44-Data Validade de Sanha		
45-Data Validade de Sanha			46-Data Validade de Sanha		
47-Data Validade de Sanha			48-Data Validade de Sanha		
49-Data Validade de Sanha			50-Data Validade de Sanha		
51-Data Validade de Sanha			52-Data Validade de Sanha		
53-Data Validade de Sanha			54-Data Validade de Sanha		
55-Data Validade de Sanha			56-Data Validade de Sanha		
57-Data Validade de Sanha			58-Data Validade de Sanha		
59-Data Validade de Sanha			60-Data Validade de Sanha		
61-Data Validade de Sanha			62-Data Validade de Sanha		
63-Data Validade de Sanha			64-Data Validade de Sanha		
65-Data Validade de Sanha			66-Data Validade de Sanha		
67-Data Validade de Sanha			68-Data Validade de Sanha		
69-Data Validade de Sanha			70-Data Validade de Sanha		
71-Data Validade de Sanha			72-Data Validade de Sanha		
73-Data Validade de Sanha			74-Data Validade de Sanha		
75-Data Validade de Sanha			76-Data Validade de Sanha		
77-Data Validade de Sanha			78-Data Validade de Sanha		
79-Data Validade de Sanha			80-Data Validade de Sanha		
81-Data Validade de Sanha			82-Data Validade de Sanha		
83-Data Validade de Sanha			84-Data Validade de Sanha		
85-Data Validade de Sanha			86-Data Validade de Sanha		
87-Data Validade de Sanha			88-Data Validade de Sanha		
89-Data Validade de Sanha			90-Data Validade de Sanha		
91-Data Validade de Sanha			92-Data Validade de Sanha		
93-Data Validade de Sanha			94-Data Validade de Sanha		
95-Data Validade de Sanha			96-Data Validade de Sanha		
97-Data Validade de Sanha			98-Data Validade de Sanha		
99-Data Validade de Sanha			100-Data Validade de Sanha		

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Cartão de 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



24P

331367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão de Guia
12/09/06

3-Data de Autorização
13/01/06

4-Data de Autorização
13/01/06

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Carteira
1001317100000117171601518

7-Data Validade de Santa
12/01/09

8-Número de Guia Principal
50173256

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INFOSEG INFORMATICA E

11-Data Validade de Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PEDRO GOMES DA SILVA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
PEDRO GOMES DA SILVA

16-Atendimento a RN
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 -

21-Código na Operadora / ONP / CPF
1015618153601703

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

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CNES

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

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Fatura Empresa

31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-Matéria de Classe 42-Assinatura
1-0	018110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,00	0,00	0,00	1	14/07/09	[Assinatura]
2-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	75,00	0,00	0,00	1	14/07/09	[Assinatura]
3-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	14/07/09	[Assinatura]
4-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	75,00	0,00	0,00	1	14/07/09	[Assinatura]
5-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	75,00	0,00	0,00	1	14/07/09	[Assinatura]
6-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Taxa Total R\$

49-Taxa Total R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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), ocorreram 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.

48-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº
338431
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 11/03/07 17:12:01		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50176164		7-Data Validade da Sentença 11/01/07 12:01	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0003700000017716058		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INFOSEG INFORMATICA E		11-Data Validade da Carteira 11/01/07	
13-Nome PEDRO GOMES DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111		15-Data Validade da Carteira 11/01/07		16-Data Validade da Carteira 11/01/07		17-Data Validade da Carteira 11/01/07	
18-Data Validade da Carteira 11/01/07		19-Data Validade da Carteira 11/01/07		20-Data Validade da Carteira 11/01/07		21-Data Validade da Carteira 11/01/07		22-Data Validade da Carteira 11/01/07	
16-Atendimento a RN 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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 056853607013		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Código CBO S	
31-Código do Procedimento 30-Tabella		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Rigido 44		34-Face V		35-Qtd 1	
36-Quantidade US 90,00		37-Valor 90,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut 11/03/07		40-Data de Realização 11/03/07	
41-Moeda da Guia R\$		42-Assinatura [Assinatura]		43-Data Previsão Término do Tratamento 11/03/07		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Exame Radiológico 3-Ortodontia	
46-Urgência/Emergência 4		47-Valor Total R\$ 90,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Valor Total R\$ 90,00		50-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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/07 17:12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/07 17:12:01
--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24

331319
INTERCAMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-11

324266
INTERCAMBIO[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50166313		7-Data Validade de Sanha 14/10/2012		324737 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 003700000031578384		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	
13-Nome ROSANE DE OLIVEIRA		14-Teléfono (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ROSANE DE OLIVEIRA		16-Atendimento a RN MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		17-Data de Realização 17/09/1964		18-Número no CRO 31121	
19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0568536070311111		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ	
25-Código CNES		26-UF RJ		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ	
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 Guia 42-Autorização		43-Total Franquia / Co-participação R\$	
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação	
49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

30-Tabella	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 Guia 42-Autorização	43-Total Franquia / Co-participação R\$
1	00018110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	47,00	0,00		13/10/12		
2	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
3	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
4	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
5	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
6	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
7	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
8	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
9	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
10	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
11	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
12	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
13	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
14	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		
15	00018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00		13/10/12		

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

49-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.ª

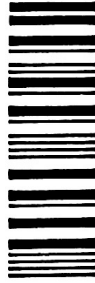
338976
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/07/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50176369		7-Data Validade da Guia 12/10/2014	
8-Número da Carteira 0103700000031578384		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	
13-Nome ROSANE DE OLIVEIRA		17/09/1964		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ROSANE DE OLIVEIRA			
16-Atendimento a RN 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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		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\$	41-Motivo de Classe 42-Assinatura
1-001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34 V 1	9 0 1 0 0	0 1 0 0	1	0 1 0 0	1	1	1
2-001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36 V 1	9 0 1 0 0	0 1 0 0	1	0 1 0 0	1	1	1
3-001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35 V 1	9 0 1 0 0	0 1 0 0	1	0 1 0 0	1	1	1
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		270,00		0,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$									
49-Observação									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante									
12/09/14									
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista									
12/09/14									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável									
12/09/14									
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



334579
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/06/07 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50174544		7-Data Validade da Senha 10/04/11 10:12:01			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0037000000214581201		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 700301490885740			
13-Nome SALIS SILVA DOS SANTOS		18/08/1971		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano SALIS SILVA DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN 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 056185360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		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-Movimento de Glosa 42-Aut
1	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00			10/07/07	120
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	75,00	0,00			10/07/07	120
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00			10/07/07	120
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	75,00	0,00			10/07/07	120
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	75,00	0,00			10/07/07	120
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão 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-Total 2-Parcial		347,00		0,00		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(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 Beneficiário	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário
	10/09/07 12:01	10/09/07 12:01



325089
INTERCÁMBIO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



338051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/2012	4-Data de Autorização 13/07/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175957	7-Data Validade da Santa 11/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700000031229878	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707002895842630
--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome
TANIA REGINA ROMUALDO DA ROSA

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
TANIA REGINA ROMUALDO DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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

05681360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
-------------	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			16/07/2012	
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00			16/07/2012	
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00			16/07/2012	
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00			16/07/2012	
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00			16/07/2012	
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsão 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 347,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

16/07/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/07/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



318621
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/11/06 12 01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164648	7-Data Validade da Sineta 13/01/08 12 01
--------------------------	---	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 0037000000212175619181	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---	--	---------------------------------------

13-Nome TATIANE ALVES DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano TATIANE ALVES DE OLIVEIRA
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 0568153607031111	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Ausência
1-000181100000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	47,00	0,00		10/03/08	120
2-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	75,00	0,00		10/03/08	120
3-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	75,00	0,00		10/03/08	120
4-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	75,00	0,00		10/03/08	120
5-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	75,00	0,00		10/03/08	120
6-000181530000471											
7-000181530000471											
8-000181530000471											
9-000181530000471											
10-000181530000471											
11-000181530000471											
12-000181530000471											
13-000181530000471											
14-000181530000471											
15-000181530000471											

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 347,00	47-Valor Total R\$ 10,10	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma salutar. 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 10/03/08 12 01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/08 12 01	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/11
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



344

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/13/10 7/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178574	7-Data Válida de Sanha 12/11/10 1/2/01
--------------------------	---	----------------------	--	---

344539
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 100103179994064066255	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TEREZA CRISTINA MA	11-Data Válida da Carteira 12/11/10 1/2/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006231196955
---	--------------------------------	----------------------------------	---	--

13-Nome THALLES MAMEDE COUTO DA CRUZ	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano TEREZA CRISTINA MAMEDE COUTO
---	--------------------	---

16-Atendimento a RN 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 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante 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/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class 42 Assinatura
1	001811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	147,00	0,00			12/18/10	X 9/10
2	001844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00			12/18/10	X 9/10
3	001844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			12/18/10	X 9/10
4	001844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00			12/18/10	X 9/10
5	001844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00			12/18/10	X 9/10
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/10 1/2/01	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 Quantitativo US 951,00	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 12/18/10 7/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/18/10 7/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/10 7/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



330135
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 16/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172635	7-Data Validade da Sanha 12/3/10 19/12/01
--------------------------	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008256174353
8-Número da Carteira 0003700000270328101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano VICENTE RICARDO DA SILVA BARCE	
13-Nome VICENTE RICARDO DA SILVA BARCE	12/08/1971			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101516181531607031111	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data							
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00		0,00		31/11/10							
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00		0,00		31/11/10							
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00		0,00		31/11/10							
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00		0,00		31/11/10							
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00		0,00		31/11/10							
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Tot Quantidades US		47-Valor Total R\$						
			1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			1-Total 2-Parcial			34711001		01010						

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), tolfiram 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 11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10/11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10/11/12/01
---------------	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.44



340119
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017 12:01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50176892		7-Data Validade da Sanha 11/06/2017 12:01	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0003770000002323230579		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/06/2017	
13-Nome VILKA DE OLIVEIRA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano VILKA DE OLIVEIRA		16-Atendimento a RN MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		17-Número no CRO 31121	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 056185360703		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante 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 RESTAURAÇÃO RESINA		33-DentierRegião 12		34-Face V		35-Qtd 1		36-Quantidade US	
37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização 16/07/2017		41-Motivo da Ocas 42-Usuário	
43-Data Previsão Término do Tratamento		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		47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-participação R\$		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	

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) 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.



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/06 12:00		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50171775		7-Data Validade da Senha 12/10/09 12:00		327870 INTERCAMBIO	
Dados do Beneficiário 8-Número de Carteira 00379994063750322 9-Plano POS REDE PRESTADORA 13-Nome YASMIM MAYARA DA SILVA GOMES I 15-Data de Nascimento 21/06/1995 10-Empresa INSTITUTO DOR DE G 11-Data Validade de Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003931160787 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano YASMIM MAYARA DA SILVA GOMES I 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 20-Código da Operadora / CNPJ / CPF 105685360703 22-Nome do Contratado Esecutante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 26-Nome do Profissional Esecutante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 30-Tabella 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Classe 42-Assinatura											
1-000810000300 CONSULTA ODONTOLÓGICA 2-1 3-1 4-1 5-1 6-1 7-1 8-1 9-1 10-1 11-1 12-1 13-1 14-1 15-1											
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\$											
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 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											