



319310
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 02/10/2016 4- Data de Autorização 02/10/2016 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 50164834 7- Data Validação da Sentença 13/11/2018

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 003719994061925605 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa SANDECH CONSULTORI 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 702606242946241

13- Nome RUDY ALAN MEDEIROS 14- Data de Nascimento 21/04/1983 15- Nome do titular do plano RUDY ALAN MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Adesão ao Plano N 17- Nome do Profissional Solicitante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 18- Número no CRO 27825 19- UF RJ 20- Código CBO S B01 - Faturar Empresa

21- Código na Ouvidoria / CNU / CFE 071562910770 22- Nome do Contratado Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 23- Número no CRO 27825 24- UF RJ 25- Código CNES Enviar - RX (I) 85100200

26- Nome do Profissional Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 27- Número no CRO 27825 28- UF RJ 29- Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tábela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental Range	34- Freq	35- Qntd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangível/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Anulação
1- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16 MO	1	1	8 8 10 0	0 10 10	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
2- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15 OD	1	1	8 8 10 0	0 10 10	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
3- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
4- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
5- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
6- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
7- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
8- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
9- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
10- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
11- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
12- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
13- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
14- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
15- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
43- Data Previsão Término do Tratamento	44- Tipo de Alinhamento	45- Tipo de Tratamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Frangível / Co-participação R\$							
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	1- Tratamento Ortodontológico	2- Exame Radiológico	3- Chaveira	4- Unificação/ Emergência	1- Total 2- Parcial	1 7 6 10 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0

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 c(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

50- Data, Assinatura e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento
 51- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário
 52- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário
 53- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

54- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário
 55- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

56- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

57- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

58- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

59- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

60- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

61- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

62- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

63- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

64- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

65- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

66- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

67- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

68- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

69- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

70- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

71- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

72- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

73- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

74- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

75- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

76- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

77- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

78- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

79- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

80- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

81- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

82- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

83- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

84- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

85- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

86- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

87- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

88- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

89- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

90- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

91- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

92- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

93- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

94- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

95- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

96- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

97- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

98- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

99- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

100- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

101- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

102- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

103- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

104- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

105- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

106- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

107- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

108- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

109- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

110- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

111- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

112- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

113- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

114- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

115- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

116- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

117- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

118- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

119- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

120- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

121- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

122- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

123- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

124- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

125- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

126- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

127- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

128- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

129- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

130- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

131- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

132- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

133- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

134- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

135- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

136- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

137- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

138- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

139- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

140- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

141- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

142- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

143- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

144- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

145- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

146- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

147- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

148- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

149- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

150- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

151- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

152- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

153- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

154- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

155- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

156- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

157- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

158- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

159- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

160- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

161- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

162- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

163- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

164- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

165- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

166- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

167- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

168- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

169- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

170- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

171- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

172- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

173- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

174- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

175- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

176- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

177- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

178- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

179- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

180- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

181- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

182- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

183- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

184- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

185- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

186- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

187- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

188- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

189- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

190- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

191- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

192- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

193- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

194- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

195- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

196- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

197- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

198- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

199- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

200- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

201- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

202- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

203- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

204- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

205- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

206- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

207- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

208- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

209- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

210- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

211- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

212- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

213- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

214- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

215- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

216- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

217- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

218- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

219- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

220- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

221- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

222- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

223- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

224- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

225- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

226- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

227- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

228- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário

2



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



319776

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 16:12:01	4-Data de Autenticação 10/03/10 16:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164955	7-Data Validação da Senha 10/11/10 19:12:01
--------------------------	--	---	-----------------------	--	--

8-Nome da Clínica 00037994064118212	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRANIHIC SERVICES S	11-Data Validação da Clínica 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704100103516677
13-Nome ALINE SICHELER DE ALVARENGA	02/04/1984	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano RONESIO CALDAS DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN FLAVIO VIEIRA GONCALVES		18-Número no CRO 27825	19-UF RJ	20-Código CBO S 101
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 071156290770		22-Nome do Contratado Excepcional FLAVIO VIEIRA GONCALVES		23-Número no CRO 27825	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Excepcional FLAVIO VIEIRA GONCALVES		27-Número no CRO 27825		28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-1-Abeto	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QH	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aud	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Motivo da Guia
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	1	161,00	10,00	101,00	10/11/10	06/10		
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	161,00	10,00	101,00	10/11/10	06/10		
3-00085100196												
4-00085100196												
5-00085100196												
6-00085100196												
7-00085100196												
8-00085100196												
9-00085100196												
10-00085100196												
11-00085100196												
12-00085100196												
13-00085100196												
14-00085100196												
15-00085100196												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Ortopedia/Enfermagem	1-Total 2-Parcial	122,00	10,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado 10/11/10 06:18 Flávio Vieira Goncalves Cirurgião - Dentista CRO-27825	51-Data, local e Assinatura do Contratado 10/11/10 16:11 Flávio Vieira Goncalves Cirurgião - Dentista CRO-27825	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 16:11 af. Sichelbacher af. Sichelbacher	53-Data, local e Assinatura do Emissor 10/11/10 16:11 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17
---	---	---	--

CNPJ - 32423372/0001-17

LESSMAN P CAVALCAN

Data Nasc.: 13/10/1960

Data Ex.: 12/06/2020

Dentista: RAMAYANA HERINGEF

Nº O.S.: 16272

Idade: 59a.7m.





2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 05/12/01	5-Sentida AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7552839	7-Data Validade da Sentida 10/17/10 18/12/01
--------------------------	--	-------------------------	---------------------------------------	---

311869
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/012/02 25/29/63 79/000/00/01/01/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEBORA DE ALMEIDA	14-Teléfono (111) 111 111 111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	17-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11

18-Número no CRO 27825	19-UF RJ	20-Código CBO S 0225	21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 107115162900777011	22-Nome do Contratado Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES	23-Número no CRO 27825	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES	27-Número no CRO 27825	28-Código CBO S	Faturar Empresa
---------------------------	-------------	-------------------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-----------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Sobra 42-Assinatura
1	01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	16/06/20	[Assinatura]
2	01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	16/06/20	[Assinatura]
3	01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	16/06/20	[Assinatura]
4	01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	16/06/20	[Assinatura]
5	01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	16/06/20	[Assinatura]
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Engenharia Energética	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 205110,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma 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 Contratado Executante 16/10/16/12 25 Flávio Vieira Gonçalves CRO - 27825	51-Data local e Assinatura do Contratado Executante 16/10/16/12 25 Flávio Vieira Gonçalves CRO - 27825	52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/10/16/12 25 Debora de Almeida CRO - 27825	53-Data local e Assinatura da Empresa 16/10/16/12 25 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 324233720001-17
--	--	---	---



326548
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2016 4-Data de Autorização 11/06/2016 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50166993 7-Data Validação da Guia 11/06/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000028275180 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 11/06/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702003395489885

13-Nome RICARDO FERREIRA LIMA DE SOUZA 14-Telefone 28/12/1976 15-Nome do titular do plano ELIANI DE SOUZA VIEIRA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R\$ 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 18-Número no CRO 27825 19-UF RJ 20-Campo CBO 8 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07156290770 22-Nome do Contratado Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 23-Número no CRO 27825 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 27-Número no CRO 27825 28-UF RJ 29-Campo CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Div	36-Quemodose US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				11/06/2016		
2-												
3-												
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 Quantitativa 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2016 Flávio Vieira Gonçalves Dentista CRO - 27825 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2016 Flávio Vieira Gonçalves Dentista CRO - 27825 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2016 Eliani de Souza Vieira Lima 53-Data local e Assinatura da Empresa 11/06/2016 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 324233720001-17



326604
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/11/2019 4-Data de Autorização 19/11/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7644567 7-Data Validade da Sentença 16/12/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202151998360000711011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIO GOMES DE SOUZA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano FABIO GOMES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 18-Número no CRO 27825 19-LUF RJ 20-Código CBD S 025- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1017156290770 22-Nome do Contratado Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 23-Número no CRO 27825 24-LUF RJ 25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES 27-Academia no CRO 27825 28-LUF RJ 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Greja	42-Autorização
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	314,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
11/11/19	1	1	1	314,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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), (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.

46-Observação

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/11/2019 Fabio Gomes de Souza, 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/11/2019 Fabio Gomes de Souza

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825 100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/11/2019 Flávio Vieira Gonçalves, Dentista, CRO - 27825